FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1911-1912 **N° 11-963**

DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS

Cliniques et Anatomiques (Radiographiques)

DES

AFFECTIONS TUBERCULEUSES

DE LA HANCHE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 10 Janvier 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GÉRARD (Charles-Maurice)

Né le 14 Octobre 1885, à Outrancourt (Vosges)

Examinateurs de la Thèse :

MM.	WEISS	professeur . .	*Président*
	CHARPENTIER	professeur . .	*Juges.*
	FRŒLICH	agrégé libre .	
	DUFOUR	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1911-1912 **N° 11-963**

DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS

Cliniques et Anatomiques (Radiographiques)

DES

AFFECTIONS TUBERCULEUSES

DE LA HANCHE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 10 Janvier 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD. LORRAINE BIBL.

PAR

GÉRARD (Charles-Maurice)

Né le 14 Octobre 1885, à Outrancourt (Vosges)

Examinateurs de la Thèse :

MM.	WEISS	professeur . .	*Président*
	CHARPENTIER	professeur . .	*Juges.*
	FRŒLICH	agrégé libre .	
	DUFOUR	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1912

UNIVERSITE DE NANCY. FACULTE DE MÉDECINE

Doyen : M. GROSS, O ✻, I ⓘ.
Assesseur : M. WEISS, ✻, I ⓘ.
Professeurs honoraires: MM. BEAUNIS, ✻, I ⓘ ; NICOLAS, I ⓘ ; PRENANT, ✻, I ⓘ. BERNHEIM, O ✻, I ⓘ.

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	GROSS, O ✻, I ⓘ.
Physique médicale	CHARPENTIER, ✻, I ⓘ.
Médecine opératoire	CHRÉTIEN, I ⓘ.
Clinique chirurgicale	WEISS, ✻, I ⓘ.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ⓘ.
Clinique médicale	SPILLMANN, I ⓘ.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. HERRGOTT, ✻, I ⓘ.
Hygiène	MACÉ, I ⓘ.
Clinique médicale	SCHMITT, I ⓘ.
Physiologie	MEYER, ✻, I ⓘ.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	SIMON, I ⓘ.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ⓘ.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ⓘ.
Medecine légale	PARISOT, I ⓘ.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, I ⓘ.
Histologie	BOUIN, I ⓘ.
Anatomie descriptive	ANCEL, A ⓘ.
Anatomie pathologique	HOCHE, I ⓘ.

Professeurs-adjoints : MM.

Clinique d'électrothérapie (1)	GUILLOZ, ✻, I ⓘ.
Pathologie externe	VAUTRIN, I ⓘ.

Chargés de Cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies des vieillards.	ETIENNE, I ⓘ, agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, A ⓘ, agrégé libre.
Accouchements	SCHUHL, I ⓘ, agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1)	FRŒLICH, I ⓘ, id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	JACQUES, I ⓘ, id.
Clinique des voies urinaires (1)	ANDRÉ, I ⓘ, id.
Clinique des maladies mentales	PARIS, I ⓘ.
Cours de médecine opératoire	MICHEL, I ⓘ, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale.	ZILGIEN, I ⓘ, id.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, ✻, I ⓘ.	MM. COLLIN, A ⓘ.	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I ⓘ.	DUFOUR, A ⓘ.	LUCIEN, A ⓘ.
RICHON, A ⓘ.	SENCERT, A ⓘ.	BINET.
G. GROSS, A ⓘ.	ROBERT, A ⓘ.	PERRIN, A ⓘ.
FRUHINSHOLZ, A ⓘ.		

Agrégés libres

MM. REMY, A ⓘ, FÉVRIER, O ✻, I ⓘ, ETIENNE, I ⓘ, ZILGIEN, I ⓘ, FRŒLICH, I ⓘ, SCHUHL, I ⓘ, JACQUES, I ⓘ, ANDRÉ, I ⓘ, MICHEL, I ⓘ, L. SPILLMANN, A ⓘ.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ⚷, I ⓘ, Secrétaire.

---

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considerées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MES PARENTS

Témoignage de profonde affection

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

AVANT-PROPOS

Au cours de notre stage de cinq années à la clinique de radiologie de l'Hôpital civil de Nancy, comme préparateur de M. le professeur adjoint, Guilloz, nous avons eu maintes fois l'occasion d'admirer les ressources que cette science, pourtant encore jeune, offrait à la chirurgie et en particulier à cet art si délicat de la chirurgie orthopédique et infantile dans lequel notre maître le professeur agrégé Frœlich s'est spécialisé.

Aussi nous sommes-nous fait un devoir et une joie de lui demander de vouloir bien guider nos recherches dans ce modeste travail ; sur ses conseils, nous avons entrepris de développer une nouvelle classification des diverses variétés anatomiques des tuberculoses coxo-fémorales, basée particulièrement sur les données de la radiographie.

Jusqu'ici les auteurs classiques rangeaient en effet sous l'étiquette « coxalgie » toutes les affections douloureuses de la hanche à étiologie bacillaire : mais leur évolution si variable, les unes guérissant rapide-

ment et sans laisser de difformité autre qu'une légère boiterie, les autres emportant nos petits malades par une suppuration intarissable après des mois et des années de souffrances, laissait supposer des lésions bien différentes : la radiographie est venue mettre un peu de lumière dans cette question du diagnostic de la coxalgie au début et de ses variétés anatomiques, nous permettant de les classer en quatre catégories bien distinctes par leur pronostic, leur évolution et leur traitement.

Dans un premier chapitre, nous parlerons des coxalgies à forme fruste ou fugace, sans altérations anatomiques décelables, qui guérissent, pour ainsi dire, d'elles-mêmes, faussant ainsi les statistiques souvent produites à l'appui des médications nouvelles.

Le second traitera de la carie sèche de la hanche, forme déjà plus grave que la précédente.

Nous aborderons dans le troisième chapitre, l'étude de la véritable coxo-tuberculose à infection baccillaire nettement caractérisée.

Enfin nous parlerons d'une dernière variété que nous appellerons hypertrophique, variété assez rare sans doute, mais dont notre maître, le professeur Frœlich, a réuni plusieurs observations très démonstratives.

Et nous terminerons par un exposé sommaire des divers modes de traitement que la thérapeutique moderne met en œuvre contre les ravages terribles de ces manifestations tuberculeuses.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

De par la nature même de la coxalgie qui affecte le plus souvent une forme torpide, insidieuse, sans grande manifestation symptomatique, de par la nature aussi de l'enfant incapable d'interpréter ses sensations, d'analyser son mal, il est aisé de comprendre que la radiographie devait être aux cliniciens d'un précieux appoint. Nombreux, en effet, sont les travaux parus durant ces dernières années sur cette question.

Après Renard, Nové-Josserand, Delanglade, Fonchou-Lapeirière en 1906, faisait de l'étude de la coxalgie par la radiographie le sujet de sa thèse inaugurale. En 1909, Bizolier Robert, s'attachait à prouver que la radiographie était capable d'affirmer le diagnostic de coxalgie au début, même en l'absence de tout signe clinique, thèse combattue d'ailleurs par Sourdat dans une étude très intéressante de la hanche coxalgique, où il analyse avec compétence les quelques deux cent cinquante

radiographies de coxalgie de la collection de l'Hôpital maritime de Berck et de celle du docteur Ménard. Mais à Berck, la majorité des cas observés étaient anciens.

Cependant nous nous rallierons à l'opinion de Bizolier, et nous rappellerons pour ce faire les paroles mêmes de M. Ménard au XXIII[e] Congrès Français de Chirurgie, ainsi que l'observation présentée tout dernièrement à l'académie de Médecine par M. Kirmisson d'une forme fruste ou anormale de coxalgie dans laquelle toute attitude vicieuse faisant défaut, les symptômes étaient tellement atténués qu'on pouvait mettre en doute le diagnostic : le malade, un garçon de 11 ans, ne présentait pas de traces de déviation, de raccourcissement, d'adduction ou d'impotence après un an d'évolution de la maladie ; et l'on était tenté d'attribuer au nervosisme les quelques phénomènes qui existaient quand la radiographie vint lever tous les doutes, en permettant de constater les lésions anatomiques qui se traduisaient, dans ce cas, par une énorme atrophie de la tête fémorale en partie disparue.

Sans doute, il est des coxalgies à point de départ synovial qui ne peuvent être diagnostiquées au début par la radiographie : nous ne les méconnaissons pas ; mais cette forme est excessivement rare chez l'enfant où presque toutes les coxalgies sont des coxalgies d'origine osseuse.

Il n'en reste donc pas moins acquis que si la radiographie n'est pas un moyen de diagnostic infaillible, elle nous est un adjuvant très précieux, qui a permis de reconnaître fréquemment des coxalgies au début.

Ce sont les renseignements qu'elle nous donne dès les premiers symptômes de l'affection et les différenciations qu'il a été possible d'établir grâce à ses données que nous voulons spécialement étudier dans ces quelques lignes qui vont suivre.

CHAPITRE II

1 COXALGIE A FORME FRUSTE OU FUGACE

Malgré son début insidieux, son allure lente, le peu de retentissement que cette affection apporte dans l'organisme en général, la coxalgie, et par là, il est entendu qu'on appelle coxalgie, la tuberculose de l'articulation coxo-fémorale, est cependant d'un diagnostic relativement aisé. Que sa marche en soit plus tard bénigne ou maligne, les symptômes cliniques initiaux sont identiques et consistent en de la claudication, de la douleur, de l'atrophie du membre, de l'engorgement ganglionnaire et de la contracture en flexion et abduction ou adduction.

Il sera donc assez facile de la distinguer du *rhumatisme articulaire* dont le début est brusque et fébrile, plusieurs articulations se prenant à la fois, sans inflammation ganglionnaire — de l'*arthrite infectieuse rhu-*

matoïde, suite de rougeole, scarlatine, érysipèle, blennorragie, fièvre typhoïde, etc. *L'arthrite traumatique*, d'autre part se caractérise par son évolution rapide aussitôt après l'accident. La *sacro-coxalgie* s'accompagne de douleurs se manifestant au niveau de l'articulation sacro-iliaque quand le malade s'assied. On éliminera de même les *ostéomyélites* de l'extrémité supérieure du fémur dont le début suraigu s'accompagne de tous les symptômes d'une arthrite suppurée sans retentissement ganglionnaire et l'ostéomyélite de la cavité cotyloïde qui a un début aigu et s'accompagne de fistules qui fusent vers les adducteurs le plus souvent — les *péri-arthrites coxo-fémorales* tuberculeuses affectant le grand trochanter, le bassin, la bourse du fascia-lata, mais dans lesquelles le membre est toujours en bonne position. Enfin, la *coxa-vara*, qui porte le membre inférieur en adduction et rotation externe est une lésion rachitique qui peut cependant n'être que l'aboutissement d'une forme de la coxalgie que nous avons appelée hyperostosante. M. Ménard a beaucoup insisté d'autre part sur quelques cas de *fractures anciennes de la cuisse* méconnues et traitées pour coxalgies. De même un examen approfondi sera parfois nécessaire pour dépister la coxalgie sous les apparences de *douleurs de croissance* qui ne sont souvent qu'une manifestation de la tuberculose ou de l'ostéomyélite.

Nous ne parlerons que pour mémoire des *névralgies crurales* donnant lieu à des douleurs localisées en des points spéciaux et de certaines *paralysies infantiles* qui peuvent de prime abord en imposer pour une coxalgie, mais l'absence de douleur facilitera le diagnostic. La

coxalgie hystérique enfin est caractérisée par des douleurs superficielles que le malade cesse d'ailleurs d'accuser si l'on détourne son attention : nous n'y insisterons pas.

Ce qui distingue nettement la coxalgie de toutes ces affections, c'est son étiologie bacillaire nettement affirmée d'ailleurs par la cuti et l'intra-dermo réaction.

Mais comment se fait-il que le même agent pathogène puisse donner lieu à des manifestations pathologiques si différentes dans leur évolution et dans leur gravité ? Nous ne pouvons que poser le problème sans le résoudre : assurément question de terrain, de milieu, de résistance vitale qui modifient d'une façon sensible l'évolution de toute maladie, mais sans qu'on puisse rien affirmer, ni prévoir à coup sûr.

Un point reste seul acquis ; l'infection microbienne tuberculeuse indéniable malgré souvent l'absence de signes stéthoscopiques.

Car si l'on admet généralement avec Parrot, Hutinel, Dieulafoy, Schlesinger, Lermoyez, Baup, etc., que la gorge, les amygdales, les végétations sont, avec les poumons, la principale porte d'entrée ouverte à l'invasion du bacille de Koch, les expériences de Chauveau ont permis à Behring de soutenir dès 1901, que la tuberculose par ingestion, par lésion du tube digestif, était loin d'être exceptionnelle ; il s'agirait chez le jeune enfant d'une contamination par le lait de vaches tuberculeuses ou à un âge plus avancé par inoculation primitive au niveau du pharynx ; et à ce point de vue, les expériences de Bartel et Spieler, Weleminski, Vallée, les recherches de Harbitz, de Randle-Rosenberg sont concordantes.

Cependant, il convient de ne pas accorder trop d'importance à ce mode d'infection, car les lésions intestinales sont rares chez l'enfant et certainement l'infection entérogène, si elle existe, le cède de beaucoup à l'infection aérogène.

Ainsi à la suite d'une inoculation pulmonaire ou plus rarement digestive, le bacille tuberculeux envahit les ganglions trachéo-bronchiques et mésentériques : pendant un temps souvent fort long, il y reste cantonné, la lésion initiale rétrocédant ou restant stationnaire.

Cette adénopathie secondaire constitue le foyer bacillaire qui, à son tour deviendra le point de départ d'une nouvelle infection générale ou locale.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic de coxalgie étant posé par la clinique, il est de toute nécessité de le confirmer par l'examen aux rayons X.

Dans les cas les plus favorables, malgré le cortège habituel des signes de la coxalgie, l'épreuve radiographique ne révèle aucune altération osseuse : c'est la forme fruste ou fugace, assez rare, à la vérité. Il s'agit pour la plupart, d'enfants cependant tarés par des antécédents bacillaires, parents poitrinaires, collatéraux atteints de tumeurs blanches, maux de Pott, ganglions tuberculeux, qui, un beau jour, se sont mis à boiter sans cause initiale apparente.

Le malade commence par se plaindre de fatigue le soir à la suite d'une marche prolongée ou de jeux violents ; puis la fatigue se complique de douleurs dans le genou, dans la hanche ou de boiterie simple, et les parents se décident enfin à venir consulter, ayant

attendu souvent trop longtemps et la cuisse se trouvant déjà contracturée en flexion et adduction.

L'épreuve radiographique montre que les contours de la tête fémorale, du col, de la cavité cotyloïde, du cartilage de conjugaison sont nets et réguliers sans aucune différence d'opacité aux rayons X. Nous devons nous méfier en effet, de la teinte plus claire que prend souvent sur le cliché l'articulation malade. Sans doute dans toute tuberculose osseuse, il y a une décalcification, une déminéralisation intense des travées osseuses ; mais il ne faut pas oublier que cette différence de teinte peut venir aussi et surtout de l'atrophie parfois considérable, que l'on constate toujours sur les muscles de la cuisse coxalgique.

Quelquefois dans ces coxalgies frustes, les ganglions de l'aine sont le siège d'une inflammation intense, et la cuti-réaction à la tuberculine est nettement positive, ce qui permet d'affirmer franchement la nature bacillaire de l'affection dont est atteinte l'articulation coxo-fémorale : mais elle est d'un caractère bénin et le séjour au lit ainsi que le repos durant un ou deux ou trois mois la feront disparaître. Quelques poussées fluxionnaires peuvent se produire : mais en général tout finit par s'amender, rentrer dans l'ordre sans laisser de séquelles et sans que l'on ait eu besoin de recourir à une thérapeutique spéciale tout au moins inutile.

Nous devons à l'amabilité de M. le professeur Frœlich les dix observations qui suivent et qui ont été déjà présentées au dernier congrès français de chirurgie : les épreuves radiographiques n'étant en rien différentes

de celles de hanches normales, nous ne reproduirons que les clichés des deux premiers cas.

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Frœlich

Henri F..., de Raon-l'Etape, âgé de 7 ans, nous est amené le 6 janvier 1904 ; il boite depuis trois semaines. Père et mère bien

Coxalgie gauche datant de quatre mois aucune lésion osseuse).

portants, un oncle mort de tuberculose pulmonaire. L'enfant a les cheveux d'un blond vénitien. La cuisse gauche est contracturée (pâle, maigre) en flexion légère sur l'abdomen et en abduc-

tion ; tous les mouvements sont libres, sauf l'adduction et l'extension qui ne peuvent être complètes. La rotation interne et externe sont faciles. Tous ces mouvements sont indolores, sauf l'extension qui provoque des douleurs.

La cuisse gauche est diminuée dans sa circonférence de un centimètre et demi ; quelques ganglions dans le triangle de Scarpa.

Ganglions moins gros du côté opposé ; rien aux poumons. Nous conseillons le repos au lit et un traitement général reconstituant.

Après un mois, la claudication avait disparu complètement ainsi que la douleur à la marche.

Fin mars de la même année, l'enfant nous est ramené. La claudication et la douleur ont reparu. L'enfant est de nouveau laissé quelques semaines au repos. Mais la disparition des symptômes ne survenant pas, l'enfant nous est ramené.

La hanche est en flexion légère, les mouvements d'extension et d'abduction sont douloureux. L'atrophie de la cuisse est de 2 centimètres : Une radiographie que nous prenons n'indique aucune lésion osseuse au niveau de la tête fémorale et de la cavité articulaire. Néanmoins nous proposons de plâtrer l'enfant.

Après une consultation avec le professeur Gross, nous décidons de continuer encore pendant quelques semaines le repos simple. Après cinq semaines, tout rentre dans l'ordre.

Depuis six ans, la santé de l'enfant est restée parfaite et aucun symptôme n'est plus survenu du côté de la hanche.

OBSERVATION II
(M. Frœlich)

Maurice B..., âgé de 4 ans, de Lunéville, nous est amené le 8 octobre 1909 par son oncle, docteur en médecine.

L'enfant tire la jambe depuis trois mois. Les mouvements de la hanche droite sont cependant indemnes. Seule la flexion com-

plète et l'abduction sont douloureuses : il en est de même de la pression sur le grand trochanter et sur la tête fémorale. La cuisse a une circonférence moindre de 1 centimètre.

La jambe est aussi plus courte de 1 centimètre. L'enfant a de l'entérite, des signes de rachitisme. Il est malingre. Rien à la colonne vertébrale. La radiographie montre une hanche droite indemne de lésions osseuses.

Coxalgie droite datant de trois mois, sans lésions osseuses.

Il existe cependant un léger redressement du col (coxa-valga).
Repos complet et traitement général pendant cinq mois.
L'enfant nous est ramené en juillet 1910.
La claudication de la jambe droite a disparu.
Tous les mouvements sont libres et nullement douloureux.

OBSERVATION III
(M. Frœlich)

Marguerite A..., 13 ans, fille d'un agent de police, nous est amenée le 2 décembre 1904. Elle se plaint depuis trois mois de douleurs dans la hanche droite qui la font boiter.

C'est une forte fille, pâle, un frère est mort de méningite tuberculeuse à cinq ans, les parents sont bien portants, la mère est repasseuse et l'enfant fait de nombreuses courses.

La hanche est contracturée en flexion et en adduction, la circonférence de la cuisse est diminuée de 2 centimètres ; pas d'empâtement de la région articulaire, claudication très notable.

Une radiographie n'indique aucune altération osseuse. Après quatre mois de fixation de la hanche dans un spica plâtré, la jeune fille continuant à marcher tous les jours un peu, tout rentre dans l'ordre.

Septembre 1910. — La jeune fille est mariée, elle a un bébé et ne s'est plus jamais plaint de sa hanche.

OBSERVATION IV
(M. Frœlich)

René C..., fils d'un professeur du lycée, boite depuis trois semaines ; nous le voyons le 6 novembre 1898 avec le professeur Demange, médecin de la famille. Le père est âgé, la mère a un frère atteint de lésion bacillaire du sommet.

C'est un enfant unique âgé de 5 ans ; il est malingre, mange peu et a souvent des bronchites.

Les mouvements de flexion et d'abduction de la hanche droite sont très douloureux et ne se laissent pas achever ; il y a des ganglions dans l'aine, plus développés qu'à gauche.

L'enfant reste au lit pendant quinze jours.

Les douleurs spontanées disparaissent, mais les mouvements provoqués restent douloureux.

Une radiographie faite par M. Guilloz ne révèle rien d'anormal, après deux mois de repos au lit, les mouvements restent douloureux. Nous plaçons à l'enfant un appareil de marche, pour coxalgie, en cuir moulé et avec étrier.

L'appétit revient, et après cinq mois, sept mois après le début de l'affection, la guérison est obtenue.

Le jeune homme a dix-sept ans actuellement, la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION V

(M. Frœlich)

Marie M..., âgée de 10 ans, fille d'un pharmacien, nous est amenée par notre collègue Schul, le 21 avril 1907. La fillette boite depuis un mois, le père et la mère sont bien portants, antécédents bacillaires du côté de la mère.

La cuisse gauche est contracturée en flexion et légère abduction. Les mouvements de la hanche ne sont pas douloureux sauf l'extension et l'adduction.

Ganglions inguinaux notables.

Atrophie de la cuisse. Après un mois de repos au lit, la claudication et la limitation des mouvements persistent : une radiographie ne donne aucun renseignement. L'enfant est plâtré et va passer trois mois au bord de la mer. A son retour, ablation du plâtre, guérison complète qui s'est maintenue depuis plus de trois ans.

OBSERVATION VI

(M. Frœlich)

Rose Z..., âgée de 12 ans, nous est amenée le 4 septembre 1900 pour une boiterie due à une douleur dans la hanche droite, qui persiste depuis deux mois.

Elle a une sœur morte à quinze ans de tuberculose pulmonaire

aigüe. Une autre sœur est bien portante. Le père est mort d'une maladie de cœur.

La hanche est fixée en flexion, complètement immobile : tout mouvement est impossible et très douloureux si on insiste. Gros ganglions inguinaux, la cuisse est diminuée de 1 centimètre et demi.

C'est une fille chlorotique, bouffie : immobilisation au lit pendant deux mois.

L'articulation est redevenue souple, la boiterie persiste encore pendant quelques semaines, puis la guérison survient et se maintient.

En décembre 1903, la jeune fille est atteinte de cystite et de néphrite bacillaire du rein gauche, La lésion persiste pendant trois ans, sans altérer profondément l'état général, malgré une albuminurie abondante. Régime lacté.

Nous revoyons la jeune fille le 5 septembre 1910, elle a vingt-deux ans, la santé est parfaite : la hanche est complètement saine, les urines sont claires et ne contiennent plus d'albumine ; la jeune fille est sur le point de se marier.

OBSERVATION VII

(M. Frœlich)

Pierre B..., âgé de 9 ans, de Blénod-les-Pont-à-Mousson, nous est adressé par le Docteur Pierron, le 12 janvier 1909. Pas d'antécédents, sauf une adénite cervicale du volume d'une forte noisette. L'enfant s'est mis à boiter depuis quatre semaines. A l'examen, nous constatons une contracture en flexion de la hanche droite. Les mouvements passifs sont possibles et non douloureux, sauf l'extension complète qui est impossible et extrêmement douloureuse. La cuisse est atrophiée.

Pas de ganglions inguinaux. Douleur à la pression sur la tête fémorale en dehors des vaisseaux dans le triangle de Scarpa.

Une radiographie n'indique aucune lésion osseuse. Un spica plâtré allant depuis la base du thorax, jusqu'à la partie inférieure du molet est placé.

Une marche modérée est permise.

Traitement général, médication phosphatée, iodurée et créosotée. Après quatre mois, ablation du plâtre. La hanche est redevenue libre, plus de douleurs, la claudication disparaît rapidement. Cette guérison persiste depuis quinze mois.

OBSERVATION VIII

(M. Frœlich)

Roger M..., âgé de 6 ans, nous est amené le 13 décembre 1909 : un frère plus âgé est atteint d'entérite, deux sœurs bien portantes : le père est lymphatique, la mère nerveuse, la grand'mère de l'enfant a été atteinte d'une tumeur blanche du genou. L'enfant a un état général médiocre ; il est petit mangeur ; il tire la jambe depuis un mois et se plaint de douleurs dans la hanche et le genou gauche.

Légère atrophie de la cuisse, petits ganglions inguinaux ; la pression sur la tête fémorale est un peu douloureuse ; l'abduction complète et l'adduction complète sont un peu limitées. La radiographie montre une intégrité complète des os. Repos complet ; l'enfant étant très turbulent, suralimentation et médication phosphatée. En cinq semaines, la claudication et la douleur ont disparu.

En mars 1910, nouvelle poussée fugace dans la même hanche d'une durée d'un mois.

Depuis l'enfant est resté guéri.

Il ne boite plus, ne se plaint plus ; l'état général est bon.

OBSERVATION IX

(M. Frœlich)

Catherine S..., 12 ans, de Lunéville, où ses parents sont aubergistes, entre dans notre service de chirurgie infantile le 21 octobre 1909. Elle s'est fracturé le col fémoral droit en tombant de sa hauteur sur le bord du trottoir.

Cette fillette est déjà entrée dans notre service une première fois le 3 février 1902 pour une coxalgie gauche. Nous notons dans l'observation ; fillette de cinq ans, très forte, obésité — père éthylique, une sœur morte de péritonite tuberculeuse à six ans ; l'enfant boite depuis six semaines. La hanche est en flexion, en abduction et en rotation externe.

Il est impossible, à cause de la graisse, de sentir s'il y a des ganglions inguinaux.

La radiographie n'indique pas de lésions osseuses.

Redressement sous chloroforme, plâtre. Le plâtre est porté pendant quatre mois.

Il fut enlevé par le Dr Paulin. La fillette est restée guérie ; la hanche est complètement libre.

Sa seule maladie depuis lors à été la fracture du col actuelle.

OBSERVATION X

(M. Frœlich)

Marthe Ch..., de Nancy, est âgée de 10 ans. Depuis six semaines, elle traine la jambe gauche et se plaint de douleurs dans le genou et dans la hanche. La mère est bien portante, le père goutteux, deux frère et sœur en bonne santé actuellement ; l'un d'eux eut un abcès froid ganglionnaire.

Le 30 décembre 1908, nous voyons la fillette avec le Docteur Remy, médecin de la famille ; enfant pâle, mangeant peu, assez

bien en chair ; elle boite en marchant. La jambe gauche est moins ferme que la droite, tous les mouvements sont indolores, sauf la flexion complète et l'abduction. Ganglions dans l'aine : un peu de douleur à la pression.

Repos au lit pendant six semaines. Les douleurs et la claudication ont beaucoup diminué.

Le 16 mars 1907, nous revoyons l'enfant avec notre collègue. le Docteur Remy : tout est rentré dans l'ordre après trois mois et demi.

L'enfant depuis quatre ans n'a plus eu aucune douleur.

CHAPITRE III

2° COXALGIE A FORME SÈCHE
ou
CARIE SÈCHE DE LA HANCHE

Une autre forme de la coxalgie, déjà plus grave dans ses conséquences est la carie sèche de la hanche.

La symptomatologie reste la même que dans le premier cas de forme fruste, mais avec cette particularité que l'affection atteint le plus souvent des jeunes gens de 13 à 14 ans : les premières manifestations, et ce n'est pas rare, peuvent cependant en remonter aux premières années de la vie, avec de longs intervalles d'accalmie relative ou complète.

A l'examen clinique, la cuisse est en flexion et adduction : quelque peu d'atrophie, sans engorgement ganglionnaire : l'articulation ne présente nul empâtement, la flexion de la cuisse peut être augmentée, mais l'extension complète est impossible : l'adduction peut être exagérée, mais l'abduction ne peut être obtenue.

L'examen radiographique montre alors des lésions très intéressantes caractérisées principalement par un écrasement du toit de la cavité cotyloïde qui est usé à sa partie supéro-externe, amenant ainsi au bout de quelque temps la sub-luxation de la tête fémorale, intacte pour la plupart des cas et de contours réguliers.

Parfois cependant, il peut arriver que la tête s'atrophie : mais l'intégrité est la règle, contrastant ainsi avec les lésions destructives du cotyle. Celles-ci ont un aspect tout spécial : malgré la disparition presque complète de l'acétabulum, on n'a pas l'impression de sombre gravité que donne la destruction tuberculeuse de l'os en « sucre qui fond » suivant une forte image devenue classique : il semble que ce soit plutôt un effritement.

Plus que tout autre, cette coxalgie a une évolution excessivement longue, dix et même quinze ans, parfois: Mais jamais, écrit M. Frœlich, nous n'avons vu cette carie suppurer tardivement à l'opposé de ce que l'on constate dans la carie sèche de l'épaule.

Les malades qui en sont atteint vaquent d'habitude à leurs occupations sans soutien, tout au plus avec une canne ; de temps à autre des poussées douloureuses se produisent durant lesquelles tout travail est impossible, le moindre mouvement, le moindre heurt occasionnant de vives souffrances ; puis tout rentre dans l'ordre après quelques jours de repos jusqu'à ce que, après un temps très long, toute manifestation disparaisse, laissant rarement une impotence complète.

Il peut arriver alors que la flexion de la cuisse ayant fortement augmenté, l'adduction d'autre part, ayant

amené la jambe malade à croiser le membre sain, la claudication devienne très pénible jusqu'à rendre la marche à peu près impossible.

Le redressement forcé, après section des adducteurs, ou l'ostéotomie sous-trochantérienne sont alors indiqués.

Dans un travail du service de M. Génin, quelques faits analogues sont cités par Rotensheim et Roussel. Aux observations qu'a bien voulu nous offrir M. Frœlich nous en joindrons d'inédites dont les radiographies ont été prises au service de M. le professeur Guilloz.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Frœlich)

Madeleine B..., d'Epinal, âgée de 18 ans est malade depuis l'âge de 7 ans. Elle se mit à cette époque à boiter de la hanche gauche et à avoir quelques douleurs dans le genou. Cela ne l'empêchait pas d'aller et de venir. Depuis cinq ans sa boiterie est plus considérable. Le père et la mère sont bien portants, elle a un frère qui tousse, qui est marié et dont le fils, âgé de 5 ans a une tumeur blanche du genou.

Examen le 20 février 1910. Il s'agit d'une fille bien constituée, elle marche en boitant, mais n'a pas cessé encore de faire le service de salle, dans le café de son père.

Depuis trois mois les douleurs sont fréquentes, elle a de la peine à monter et à descendre l'escalier. La jambe gauche est en légère flexion et adduction, tous les mouvements passifs sont possibles, sauf l'abduction ; quand on essaye de la provoquer, les adducteurs se tendent et la malade souffre.

L'extension complète est aussi impossible.

Le grand trochanter est remonté de un centimètre et demi au-

dessus de la ligne de Nélaton. La jambe est atrophiée, mais pas de raccourcissement réel, quelques ganglions inguinaux.

Coxalgie sèche datant de onze ans.
Sub-luxation de la tête fémorale intacte et dense. Cavité cotyloïde éculée à sa partie supérieure.

A la radiographie, on voit que la tête fémorale est sub-luxée, elle est intacte et dense. La cavité cotyloïde est éculée à la partie supérieure, la partie inférieure est déshabitée : aucune trace d'abcès.

Nous attribuons l'augmentation des douleurs et de la boiterie à l'adduction et à la luxation progressive.

Nous proposons le redressement forcé.

23 février 1910, chloroforme, rupture des adducteurs après entaille au ténotome, redressement forcé.

Plâtre en abduction pendant deux mois, puis port d'un appareil en cuir, composé d'une ceinture pelvienne et d'un cuissard, pour maintenir l'abduction obtenue.

La malade a été revue le 1er septembre 1910. la marche est améliorée et les douleurs sont moindres.

OBSERVATION XII

(M. Frœlich)

Eugène B..., 17 ans, de Morainville (Meuse), vient nous trouver le 3 février 1906. Il est orphelin, ses parents sont morts jeunes, il ignore de quelle maladie ; il a une sœur bien portante. Lui-même a été en bonne santé jusqu'à l'âge de 10 ans ; vers cette époque, il commença à boiter de la jambe droite et à avoir des douleurs.

En 1902, il fut obligé de rester couché pendant deux mois.

Actuellement la jambe est en flexion et en légère adduction. Tous les mouvements provoqués sont légèrement douloureux. L'adduction complète est impossible.

Il n'existe pas de raccourcissement réel. Le grand trochanter, dépasse de 3 centimètres la ligne de Nélaton.

La marche est possible mais douloureuse. La cuisse est plus mince de 3 centimètres que celle du côté sain.

Il existe des ganglions inguinaux.

Les poumons sont sains.

A la radiographie, on constate que la cavité est complètement aplatie. Elle ressemble à une cavité de luxation congénitale. La tête fémorale est saine, elle est placée à la partie supérieure de la cavité cotyloïde, celle-ci est presque entièrement vide.

Nous proposons une ostéotomie sous-trochantérienne qui est

exécutée le 6 février 1906 à la clinique Bonsecours. La jambe est placée en abduction.

Aucune réaction. La consolidation se fait en trois mois.

Coxalgie sèche datant de sept ans.
Cavité cotyloïde aplatie. Tête fémorale intacte.

La marche a été améliorée, mais la hanche est restée douloureuse encore pendant près d'une année.

En 1908, le malade qui habite actuellement prés de Paris, nous écrit que sa situation est très satisfaisante.

OBSERVATION XIII (Inédite)

(M. Frœlich)

Madame M..., de Gerbéviller, âgée de 22 ans, est mariée depuis quatre ans, mère d'une fillette âgée actuellement de 2 ans Son père est mort bacillaire : elle-même a eu un abcès froid ganglionnaire.

Depuis trois ans, la jambe gauche est raide, il existe une légère boiterie et de la gêne dans les mouvements de la hanche.

Il y a six mois, elle alla à Berck consulter le Dr Ménard qui ne put se prononcer s'il s'agissait d'une lésion de la colonne vertébrale ou de l'articulation coxo-fémorale : il prescrivit le repos et un appareil de cuir moulé, prenant toute la colonne lombaire et une partie de la colonne dorsale et descendant au-dessous du genou.

Le 12 juin 1910, on constate à l'examen que c'est une jeune femme blonde, forte qui boite légèrement : la hanche est en flexion de 25° : un peu d'ensellure dès que l'on veut redresser.

L'abduction de la cuisse gauche est tout à fait impossible : les mouvements de rotation interne et externe sont également impossibles.

Rien au poumon, rien au cœur : au cou on remarque une trace linéaire d'un abcès, aucune douleur à la colonne vertébrale, ni à la pression sur les apophyses épineuses, ni à l'hypérextension.

Pas de douleur sur le sacrum, pas de douleur à la pression sur les deux crêtes iliaques.

Radiographie : la tête fémorale est légèrement érodée, plus petite et plus transparente que du côté opposé.

Traitement : suppression du corset qui gêne les mouvements : marche modérée, traitement général.

1er juillet 1911. Depuis un an l'état local est resté stationnaire, mais la malade a beaucoup maigri.

Elle trouve cependant que malgré cela, son état général est bon ;

quelques douleurs quand la malade marche, quelques douleurs quand elle se soulève.

Même traitement. La radiographie est identique à la première.

27 *novembre 1911*. La malade a de nouveau engraissé, mais les douleurs sont plus fréquentes et plus fortes quand la malade se met en marche ou qu'elle se retourne, les douleurs existent au niveau de la hanche même tandis que auparavant elles étaient plus difficiles à préciser.

La flexion de la cuisse est un peu plus accentuée : elle atteint 30°.

Léger amaigrissement du membre : 1 cent. 1/2 ; la différence de longueur est de un cent. (88 et 89 centimètres). Le grand trochanter est un peu plus saillant.

Pas de radiographie.

Même traitement.

OBSERVATION XIV

(M. Frœlich)

Georges L..., d'Etain (Meuse), âgé de 25 ans, nous est adressé par le Docteur Chon. Il est marié, père d'un enfant de deux ans est mécanicien de profession. Un de ses frères a eu un mal de Pott. Il a commencé à boiter à l'âge de 14 ans, sans cependant être arrêté complètement. A ce moment un médecin voulut le mettre dans le plâtre, mais les parents refusèrent. Le malade fut réformé au service militaire, néanmoins il pouvait faire plusieur kilomètres de marche sans souffrir. Depuis deux ans la claudication a augmenté : le corps s'est jeté sur le côté et les douleurs surviennent par accés

Examen 19 mars 1910. — Le malade est petit, un peu obèse, la jambe gauche est en légère flexion, mais en forte adduction : la malléole interne dépasse de 6 centimètres la ligne médiane du corps.

La cuisse a 2 centimètres de circonférence en moins du côté

malade. La jambe a 2 centimètres de raccourcissement vrai, la flexion et l'extension sont faciles mais l'abduction est impossible.

A la radiographie, on voit que la cavité cotyloïde est un peu agrandie vers le haut, la tête fémorale semble aussi un peu usée à sa partie supérieure et interne, son aspect est dense et opaque. Il s'agit donc d'une coxalgie à forme de carie sèche.

La situation pourra être améliorée en plaçant la jambe en abduction.

21 mars 1910. — Opération à la clinique Bonsecours : chloroforme, section sous-cutanée des adducteurs, redressement forcé plâtre en abduction pendant deux mois, puis appareil en cuir.

Le malade fut notablement amélioré.

OBSERVATION XV

(M. Frœlich)

Mlle Jeanne W..., de Lunéville, nous est adressée par le Docteur Simon le 14 mars 1910 ; elle est âgée de 30 ans et tient un commerce de mercerie.

Les parents sont morts, le père de tuberculose pulmonaire, la mère d'une maladie de cœur.

A l'âge de 15 ans, elle s'est mise à boiter de la jambe droite, elle éprouvait également des douleurs à la hanche et au genou.

Ces douleurs n'étaient jamais très violentes. Elles pouvaient disparaître pendant des mois, mais la boiterie ne disparut jamais complètement. Depuis trois mois la boiterie, la raideur de la jambe et les douleurs ont augmenté, la malade ne peut plus monter sur un escabeau pour prendre ses marchandises.

Examen : Personne bien constituée, plutôt grasse, tempérament lymphatique.

La jambe droite est en forte adduction (5 centimètres) il existe aussi un léger degré de flexion, la cuisse est sensiblement atro-

phiée, la longueur de la jambe est diminuée de 2 centimètres ; pas de ganglions inguinaux. Le grand trochanter dépasse de 1 centimètre et demi la ligne de Nélaton.

Rien à l'auscultation.

A la radiographie, la cavité cotyloïde a ses bords aplatis, la partie inférieure de la cavité est vide, la tête fémorale est normale, peut-être un peu diminuée dans sa partie interne.

Opération 16 mars 1910. — Redressement forcé, avec section des adducteurs, appareil plâtré en abduction.

Le plâtre dut être enlevé au bout de trois semaines, parce qu'il blessait.

Tractions continues pendant un mois.

La marche est notablement améliorée, les douleurs ont disparu. La malade a été revue le 20 juillet et se déclare très satisfaite du résultat obtenu.

OBSERVATION XVI

(M. Frœlich)

Marie B..., institutrice dans une pension de Nancy, est âgée de 27 ans ; depuis l'âge de 18 ans, elle a commencé à boiter de la jambe droite et a éprouvé des douleurs dans le genou.

Cette boiterie durait quelques semaines, puis disparaissait complètement. La hanche devint de plus en plus raide, mais était très peu douloureuse.

Depuis quatre ans, la douleur qui n'existait pas, se produit à l'occasion de l'action de s'assoir ou de la marche.

Examen le 27 juillet 1908. — Jeune fille de forte corpulence, la mère serait morte des suites de couche, le père accidentellement, un frère actuellement bien portant aurait eu des glandes au cou qui ont suppuré.

La jambe droite est en adduction, elle est plus maigre que la jambe gauche. La flexion et l'extension sont à peine indiquées. La contracture est à peu près complète.

Quelques ganglions dans l'aine.

A la radiographie, on constate que la tête fémorale n'a pas quitté la cavité cotyloïde, cependant le toit de cette dernière semble être resorbé, la tête fémorale est aussi diminuée au niveau de ses portions internes. Son opacité semble normal.

24 juillet 1908. — Redressement de la jambe au chloroforme, la jambe est mise en abduction.

30 octobre. — Ablation du plâtre. La jeune fille reprend sa classe le surlendemain, les douleurs ont encore persisté jusqu'au nouvel an, puis se sont améliorées. L'abduction s'est maintenue et la jambe semble s'être fixée dans cette position encore un an après le redressement.

OBSERVATION XVII

(M. Frœlich)

Henry B..., fils d'un instituteur des Vosges, enfant unique, le père a une bronchite chronique, la mère est bien portante. A l'âge de 7 ans, il eut une arthrite de la hanche droite caractérisée par des douleurs dans le genou et de la claudication ; on le fit rester couché pendant quatre mois. Pendant quatre ans, il resta guéri complètement, puis vers la treizième année, la boiterie recommença. A 14 ans, il maigrit considérablement et fut très anémié. Nous le vîmes pour la première fois en 1904 ; à ce moment la jambe est en flexion et en adduction. Le redressement fut obtenu par tractions continues. Un plâtre fut porté pendant neuf mois.

Après l'ablation du plâtre, le jeune homme marcha avec des béquilles pendant trois ans.

Actuellement, 3 septembre 1910, c'est un garçon de 18 ans, d'apparence robuste, la jambe droite est notablement plus courte : le raccourcissement réel est de 5 centimètres,

La flexion de la cuisse est de 100°, son adduction de 7 centimètres. La marche se fait avec une forte lordose,

La cuisse a 7 centimètres de circonférence en moins.

Le mollet 4 centimètres de moins que du côté sain.

Le grand trochanter dépasse de 2 centimètres la ligne de Nélaton.

La jambe malade est plus froide que la jambe saine. Il n'existe aucune douleur.

A la radiographie, on constate que la tête fémorale est subluxée ; son aspect est normal, la cavité cotyloïde est usée à sa partie supérieure et postérieure.

Nous proposons de faire une ostéotomie sous-trochantérienne pour redresser la flexion et l'adduction.

OBSERVATION XVIII (inédite)

Mlle Claire D..., âgée de 20 ans, entre le 8 mars 1911 dans les salles de M. le professeur Spillmann pour arthrite de la hanche gauche. C'est une ouvrière agricole de Boncourt-Meuse, dont le père est mort à 58 ans d'une bronchite qui lui a duré deux ans : la mère est bien portante, à part une sciatique ancienne : deux sœurs de 18 et 30 ans, bien portantes.

A l'âge de 14 ans, elle aurait été soignée pendant quelques mois pour anémie : puis aurait été atteinte d'une affection pulmonaire aiguë, congestion peu grave.

Mais il y a quatre ans que la malade a commencé à boiter : la hanche gauche était douloureuse, surtout après une marche prolongée : cette crise douloureuse aigüe a duré trois à quatre semaines, puis une période de calme lui a succédé avec, de temps à autre quelques douleurs sourdes à la hanche.

Au mois de novembre dernier, une nouvelle poussée congestive s'est produite qui dure encore.

Cliniquement, on constate un peu d'empâtement de l'articulation coxo-fémorale gauche. La cuisse et le mollet sont notablement atrophiés : l'abduction est possible ; l'adduction très douloureuse.

La fatigue fait apparaître une douleur assez intense à l'articulation, qui s'irradie vers la fesse et la région lombaire. Pas de raccourcissement.

Rien à l'auscultation.

L'appétit est bon, la digestion facile.

Coxalgie sèche datant de quatre ans.
Cavité cotyloïde intacte. Effritement de la partie supéro-externe de la tête et du col.

L'épreuve radiographique faite le 23 mars nous montre nettement que nous avons affaire à une coxalgie sèche : la cavité cotyloïde est intacte, il est vrai : mais la partie supéro-externe de la

tête, et le col, sont notablement atrophiés : il semble qu'un effritement se soit produit à ce niveau.

Le membre est mis dans un appareil plâtré aprés trois semaines de traction continue.

La malade rentre le 15 avril parce qu'elle éprouve depuis quelques jours de fortes douleurs dans la hanche, douleurs surtout nocturnes.

On constate une légère élévation de la température qui oscille entre 38°5 le soir et 37°2 le matin. La traction continue fait de nouveau disparaître les douleurs et on replace un spica plâtré le 24 avril.

La malade reste trois semaines chez elle, puis les douleurs reparaissent plus vives et nous la voyons de nouveau le 22 mai avec les mêmes symptômes que le premier jour quoique cependant un peu atténués. La radiographie prise à cette date est identique à la précédente.

Le 9 juin, la température vespérale étant tout à fait tombée, nous décidons de concert avec notre ami, le docteur Nilus, interne du service, de pratiquer sur notre malade l'intra-dermo réaction. Et le 14 nous poussons, dans la région inter-scapulaire une injection intra-dermique de 1 millionnième de centigramme de tuberculine de Koch. La courbe des températures prise toutes les deux heures ne signale rien avant le 19 au soir où nous notons un renouveau de douleurs à la hanche qui se maintient le 20, 21 et 22. A ce moment ont constate en outre, que la région où a été faite l'injection est douloureuse, rouge avec un peu d'empâtement. Puis tout rentre dans l'ordre.

Cette intra-dermo réaction est donc beaucoup plus significative que la cuti-réaction, puisqu'elle provoque une réaction locale très nette au niveau de la hanche malade : elle est de plus le point de départ de la tuberculinothérapie qu'à la suite de nombreux essais très intéressants, le docteur Nilus avait entrepris sur cette malade, mais qu'il ne put continuer, car elle partit à Berck-sur-Mer au commencement de juillet.

OBSERVATION XIX (inédite)
(M. Froelich)

C'est un petit garçon de 9 ans, de Sarrebourg, (Lorraine) qui a deux sœurs en bonne santé, la mère est en très bonne santé également : le père a déjà passé un an dans un sanatorium. L'enfant lui-même est malade depuis cinq ans.

La lésion a commencé par des douleurs légères et de la boiterie : il fut conduit à Strasbourg à la clinique du docteur Stoltz : il ne fut pas radiographié, mais mis dans un appareil plâtré pendant trois mois.

Au bout de ce temps, les parents enlevèrent le plâtre et depuis ce moment laissèrent circuler l'enfant.

Les douleurs sont peu prononcées et intermittentes : l'enfant boite seulement.

Examen actuel. 8 décembre 1911. Petit garçon de musculature moyenne : boite de la jambe droite, de plus il a une attitude penchée en avant. Cette dernière aurait été remarquée depuis que l'enfant marche.

La jambe droite est atrophiée de 2 centimètres de circonférence.

Glandes nombreuses dans le triangle de Scarpa.

La flection, l'abduction et la rotation interne sont complètement impossibles. On peut cependant provoquer quelques tout petits mouvements passifs de flexion et d'adduction : la hanche n'est pas douloureuse à la pression.

La jambe est penchée en légère flexion et légère adduction : la marche est donc relativement facile.

L'attitude fixée en avant est expliquée par une saillie de la huitième et de la neuvième apophyse dorsale (traces d'une malformation congénitale ou bien d'un mal de Pott de la première enfance.)

A la radiographie, on remarque que la tête fémorale du côté

malade est diminuée dans son épaisseur, comme rongée sur ses bords du côté de la tête et du col. La longueur du col semble aussi grande que du côté sain. Dans l'intérieur du pourtour de la cavité cotyloïde, on remarque également une zône de résorption osseuse.

Diagnostic : Coxalgie à forme sèche atrophique.

Traitement : Marche modérée et traitement général.

OBSERVATION XX (inédite)

Caroline T..., âgée de 11 ans, se présente le 11 mai 1911 à la consultation des enfants pour une boiterie à droite datant de quatre ans : elle eut alors des douleurs spontanées et intermittentes qui l'obligèrent à s'aliter de temps à autre et qu'elle rapporte à une chute faite à l'école en jouant avec ses camarades. Actuellement les douleurs ont disparu, la claudication seule persiste.

Les antécédents héréditaires sont chargés : le père est mort à quarante ans d'une maladie de cœur, mais toussait depuis plusieurs années : deux sœurs sont mortes, l'une à 18 mois de la variole, l'autre de méningite tuberculeuse ; la mère et deux autres frères sont en bonne santé.

A l'examen clinique, on constate à droite une atrophie marquée du quadriceps, la présence de ganglions inguinaux ; le trochanter est remonté et saillant avec un léger raccourcissement de 1 cm. 1/2 le membre n'a pas d'attitude coxalgique : les mouvements de flexion des jambes sont normaux mais la flexion forcée est légèrement douloureuse : l'extension complète est possible et indolore l'abduction et la rotation externe provoquent peu de douleurs.

A la radiographie, on voit que la tête fémorale est restée entière, mais que la cavité cotyloïde est résorbée à sa partie supérieure, le toit est usé : à la partie inférieure, le travail de

résorbtion est moins considérable. De plus, la tête est franchement luxée en haut.

Le diagnostic porté est donc celui de coxalgie à forme de carie sèche du deuxième degré.

Coxalgie sèche datant de quatre ans.
Toit de la cavité cotyloïde usé ; travail de résorption moindre à sa partie intérieure.
Tête fémorale luxée, mais intacte.

L'étiologie bacillaire de cette affection nous est apparue nettement grâce à la cuti-réaction : sur le bras de la petite malade nous avons pratiqué quelques scarifications légères sur lesquelles nous avons déposé un peu de tuberculine de Koch.

Le premier jour nous ne notions aucune réaction : mais le

second, un peu de rougeur diffuse apparaissait, à laquelle succédait, le troisième jour, un petit bourrelet rouge ; l'origine microbienne tuberculeuse de la coxalgie ne pouvait donc être mise en doute.

Après quelques jours de repos, le membre était placé dans un appareil plâtré et l'enfant quittait la clinique.

Radiographie prise six mois après la précédente : l'espace inter-articulaire a disparu ; l'ankylose commence.

Nous l'avons revu ces temps derniers, le 16 novembre. L'état général s'est amélioré : les douleurs ont totalement disparu : la boiterie persiste avec une légère limitation des mouvements.

A la radiographie, on constate que la tête fémorale intacte, a

continué légèrement son mouvement ascensionnel : les adhérences se forment avec l'os iliaque.

Traitement : appareil plâtré et traitement général.

OBSERVATION XXI (inédite)

O... Charles, âgé de 6 ans, vient se faire examiner une première fois au mois de janvier 1911 pour une coxalgie droite datant de deux ans déjà ; elle a débuté par des douleurs violentes au genou accompagnées de claudications.

Depuis trois mois il se plaint en outre de la jambe gauche.

A noter que le père est mort de tuberculose.

A l'examen clinique, on constate, à droite quelques ganglions inguinaux : la cuisse est en flexion et adduction légère ; à gauche un peu d'empâtement de l'articulation.

La radiographie révèle des lésions très nettes : à droite la tête fémorale est déjà à cheval sur le rebord de la cavité cotyloïde qui commence à s'effriter : c'est le premier degré de la luxation pathologique : à gauche, les lésions sont moins avancées, l'espace interarticulaire est simplement comme pincé entre le toit de la cavité acétabulaire et l'extrémité supérieure du fémur, un peu remontée mais sans être encore sortie du cotyle.

Le malade est plâtré et revient au service vers le mois de mai pour faire changer son appareil.

Nous le revoyons au mois d'octobre en pleine voie de guérison, sans qu'aucun autre traitement que l'immobilisation ait été appliquée : il marche actuellement avec une canne, libre de tout appareil plâtré.

OBSERVATION XXII (inédite)
(M. Frœlich)

Jeune fille de 18 ans, malade depuis neuf ans : après les trois premières années, où on n'observe que de la claudication, le mem-

Obs. XXI. – Coxalgie scrofuleuse datant de deux ans.
A droite ; écoulement du toit de la cavité cotyloïde-sub-luxation de la tête. A gauche : lésions du toit.

bre est placé pendant dix-huit mois dans un appareil en fil de fer. Ensuite, repos au lit pendant six mois, auquel succède un appareil plâtré gardé durant six mois. La malade marche ensuite avec des crosses sans douleur à la hanche.

Actuellement 6 juillet 1911, c'est une forte jeune fille qui n'accuse aucun antécédent pulmonaire, ni personnel, ni familial : elle a eu la rougeole, la scarlatine à 8 ans, la variole volante dans sa première enfance. Les douleurs de la hanche se sont accompagnées dès leur début de végétations adénoïdiennes et de maux d'yeux longtemps rebelles à tout traitement.

La jambe est pliée sur le bassin à angle droit, le pied dépassant la ligne médiane de 11 centimètres.

A la radiographie, on constate que la tête est en partie résorbée, sans luxation, la cavité est intacte.

Traitement : ostéotomie sous-trochantérienne : la jambe est mise en adduction dans un appareil plâtré.

OBSERVATION XXIII (inédite)

(M. Frœlich)

B..., de Domèvres-sur-Avières, est un jeune instituteur âgé de 19 ans. A l'âge de 7 ans il fait une chute, le genou portant sur un mur : la hanche se déboite : un médecin réduit la luxation, tout cela sur le dire des parents : l'enfant boite pendant six semaines, et tout se calme.

A 11 ans, il recommence à boiter : pendant six mois, il marche avec des béquilles : puis la hanche est placée dans un appareil plâtré,

Le malade n'a eu que cet appareil plâtré ; il a marché ensuite avec une béquille, puis avec une canne.

Actuellement 12 juillet 1911, nous sommes en présence d'un jeune homme de tempérament moyen, fils unique de parents bien portants, qui a eu autrefois rougeole et scarlatine, mais sans séquelles : il a bon appétit, digère bien, les nuits sont bonnes.

La hanche est ankylosée en position vicieuse, flexion de 7°, adduction du pied qui dépasse la ligne médiane du côté opposé de 13°.

La jambe offre un raccourcissement apparent de 13 centimètres et un raccourcissement réel de 5 centimètres.

Radiographie : la tête fémorale est résorbée partiellement : le toit de la cavité est éculé, la portion inférieure de la cavité cotyloïde est vide, la tête fémorale étant en sub-luxation.

Traitement : ostéotomie sous-trochantérienne, appareil plâtré, la jambe étant en abduction et le pied légèrement en rotation externe.

Fig. 1. — Obs. XXIV. — Coxalgie sèche datant de six ans. Tête intacte. Toit de la cavité à contours irréguliers.

OBSERVATION XXIV (inédite)

Lucie B..., 7 ans. En 1903, le 2 novembre à la suite d'une promenade à la campagne (Pont-à-Mousson) elle fut prise d'une douleur vive dans la hanche droite.

Fig. 2. — Radiographie prise deux ans après la première. Col allongé et atrophié. Espace inter-articulaire flou.

Ses parents furent obligés de la porter pour regagner la maison. La douleur se passe légèrement par le repos de la nuit. Le lendemain les douleurs reparaissent. Un médecin consulté installe une traction continue qui calme progressivement les douleurs. La malade reste au lit pendant trois mois.

L'amélioration se maintient, l'enfant traînait simplement la jambe, jusqu'en 1909. Elle se plaignit alors à nouveau de sa hanche qui fut replâtrée après que la radiographie eut montré une tête intacte, le toit de la cavité ayant des contours irréguliers, somme toute sans grandes lésions *(Fig. 1)*.

Après trois mois d'appareil, tout symptôme douloureux avait disparu, la marche était redevenue possible.

Au mois de juillet 1911, une nouvelle poussée se produit, qui amène aujourd'hui, 5 décembre, la malade à la consultation. Les douleurs sont sourdes, continues, avec des lancées intermittentes les nuits sont douloureuses.

L'enfant n'a pas d'appétit, mais digère bien. Rien au point de vue pulmonaire.

La jambe est ankylosée en légère abduction.

La radiographie montre alors une tête fémorale en place ; mais l'espace inter-articulaire est flou, le col est allongé, notablement atrophié, en léger valgus *(Fig. 2)*.

Traitement : appareil plâtré et traitement général.

Ce dernier cas, ainsi que celui de l'observation XIX, se rapproche sensiblement de ceux rapportés par Poncet de Lyon, sous le titre des pseudo-rhumatismes chroniques tuberculeux, avec cette restriction cependant que dans les observations de l'école lyonnaise, l'infection bacillaire s'étend généralement à de nombreuses articulations.

Notre maître, le professeur Frœlich, a produit dans le même ordre de faits, au troisième congrès allemand de chirurgie à Berlin en 1901, le cas d'une jeune fille de 18 ans dont toutes les articulations furent atteintes successivement, genou gauche, hanche droite, puis hanche gauche, les deux coudes et le cou ; les épaules, les

mains et les doigts furent seuls épargnés. Cette malade fit enfin de la tuberculose pulmonaire qui l'emporta.

Il semble bien que le processus inflammatoire soit identique à celui que nous avons observé mais avec un degré de virulence beaucoup plus élevé : ce qui nous confirme encore dans l'idée que l'origine de ces coxalgies que nous avons appelées coxalgies sèches est bien de nature tuberculeuse.

CHAPITRE IV

3° COXALGIES A FORME GRAVE

Avec cette troisième forme de coxalgie, nous arrivons à l'étude de la coxo-tuberculose la plus grave, la plus commune aussi, celle dans laquelle la radiographie nous montre, soit la présence de noyaux tuberculeux nettement localisés, soit une infection généralisée d'emblée à toute l'articulation.

Beaucoup restent sceptiques devant l'interprétation d'un cliché de cette catégorie, cependant faite par les maitres les plus expérimentés : nous nous permettrons de faire simplement remarquer qu'en cela comme en toute chose une certaine habitude est nécessaire : nous ne nous étonnons point de voir un chirurgien pincer à coup sûr une artère au fond d'une plaie inondée de sang avec une habileté impressionnante : devant l'hémostase immédiate nous nous inclinons avec admiration : sachons donc reconnaitre aussi sans parti pris, ni arrière-pensée, les lésions parfois difficiles à découvrir,

que l'œil exercé d'un radiographe nous montre sur un cliché. Il est une certaine accommodation de l'œil qu'il est de toute nécessité d'acquérir pour interpréter une fluoroscopie, il est tout aussi indispensable de s'habituer à lire de nombreuses épreuves radiographiques afin de pouvoir ensuite tirer tout le parti possible d'une quelconque. Et c'est là malheureusement un enseignement trop délaissé encore à l'heure actuelle où la radiologie, par ses découvertes incessantes, trouve son application dans toutes les branches de l'art médical, complétant, transformant même les données qui semblaient les mieux acquises.

En présence d'une tache claire ressortant sur l'image du squelette osseux, on serait tenté de se demander quelle en est au juste la signification et si elle est due réellement à un noyau tuberculeux en évolution.

Waldenstrœm, de Stockolm, a répondu affirmativement à cette question en prenant pour règle de conduite d'aller curetter ces foyers chaque fois que la radiographie lui en donnait le moyen en les localisant : et à chaque intervention, il est tombé à la place exacte sur un tubercule qu'il enlevait, levant ainsi tous les doutes qu'il était possible d'émettre.

Dans une première série d'observations, nous verrons les lésions que l'infection bacillaire produit quand elle s'attaque aux os du bassin formant le fond de la cavité cotyloïde. Tantôt c'est le cartilage de conjugaison, cartilage en Y, qui s'élargit irrégulièrement, comme dans les observations XXV et XXVI, tantôt de petits espaces clairs apparaissent dans l'os iliaque (observation XXVII) d'autres fois les noyaux tuberculeux sont disséminés

dans le fond du cavum (observation XXVIII), enfin d'autres tubercules peuvent se présenter en même temps dans la tête fémorale et dans le col (observations XXIX et XXX).

OBSERVATION XXV (Inédite)

Le 14 septembre 1911 une fillette de 7 ans, Augustine M..., est amenée à la consultation pour une coxalgie datant de quatre mois. Elle a pris des bains de sel, des toniques ; mais l'appétit reste faible.

Le père a des antécédents pulmonaires marqués : depuis deux

Coxalgie datant de quatre mois. Gros noyaux tuberculeux dans le fond du cotyle.

ans, il a eu de fréquentes hémoptysies. La mère est bien portante, mais faible de constitution. Une sœur de 11 ans est aussi chétive et malingre.

On constate de l'atrophie de la jambe droite, de la claudication mais sans raccourcissement.

L'affection est peu douloureuse.

L'examen radiographique révèle la présence de gros noyaux tuberculeux dans le fond de la cavité acétabulaire.

OBSERVATION XXVI (inédite)

Marie-Louise B..., se présente à la consultation le 20 mai 1911

Coxalgie datant de cinq mois. Tubercules dans le fond de la cavité cotyloïde.

pour coxalgie datant de cinq mois. Elle a eu dix-sept frères et sœurs, dont 13 garçons qui sont morts, le plus âgé à 5 ans, tous de méningite. Le père et la mère sont bien portants.

Elle est atteinte d'une boiterie très accentuée à gauche. La flexion de la jambe, la palpation de l'aine, la percussion du trochanter sont douloureuses.

Attitude vicieuse en adduction et rotation externe.

Ensellure lombaire.

Pas d'abcès, pas de ganglions.

La cuti-réaction a été nettement positive.

A la radiographie, on voit deux tubercules dans le fond de la cavité cotyloïde.

La jambe est redressée et mise dans un appareil plâtré en bonne position.

OBSERVATION XXVII (inédite)

Le 7 octobre 1911 nous avons eu l'occasion de radiographier

Coxalgie droite au début. Tubercules dans le fond de la cavité cotyloïde.

une fillette de 3 ans, Madeleine M..., qui offrait tous les signes d'une coxalgie.

Le cliché montre en effet très clairement un tubercule dans le toit de la cavité cotyloïde : c'est un cas très net de coxalgie à forme grave.

Malheureusement la malade venue simplement à la consultation, n'est pas restée au service.

OBSERVATION XXVIII (inédite)

C... Marcelle, 11 ans, vient consulter le 6 avril 1910. Elle est atteinte de coxalgie droite datant de 1 an.

Coxalgie datant de un an.
Tubercules dans le fond de la cavité. Contours de la tête fémorale très irréguliers.

La jambe est en flexion à 90°.

A la face antérieure de la cuisse, au niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure, on constate une fistulette qui il y a huit jours encore donnait du pus. Actuellement l'orifice en est fermé par une croûtelle.

L'ankylose du membre est à peu près complète.

La radio n° 7744 dévoile la présence de tubercules disséminés dans le fond de la cavité cotyloïde.

Le 8 avril, on pratiquait le redressement forcé partiel sous chloroforme : mais l'ensellure persiste dans le plâtre.

OBSERVATION XXIX (inédite)

Pierre R..., 9 ans, entre le 30 mai 1911 à l'hôpital pour une coxalgie gauche datant de six mois. Il a beaucoup souffert au début et depuis trois semaines ne peut plus marcher.

La jambe, atrophiée, est en flexion et adduction.

Gros ganglions dans le triangle de Scarpa et dans la fosse iliaque.

En arrière et au-dessus du grand trochanter, on sent une grosse masse rénitente : la ponction ne donne issue à aucun liquide.

Radiographie n° 9050. Foyers osseux avancés dans la tête et dans la cavité cotyloïde. Sub-luxation de la tête en haut et en arrière,

Le 31 mai, on pratique le redressement forcé sous chloroforme et on place le membre en abduction dans un spica plâtré.

OBSERVATION XXX (inédite)

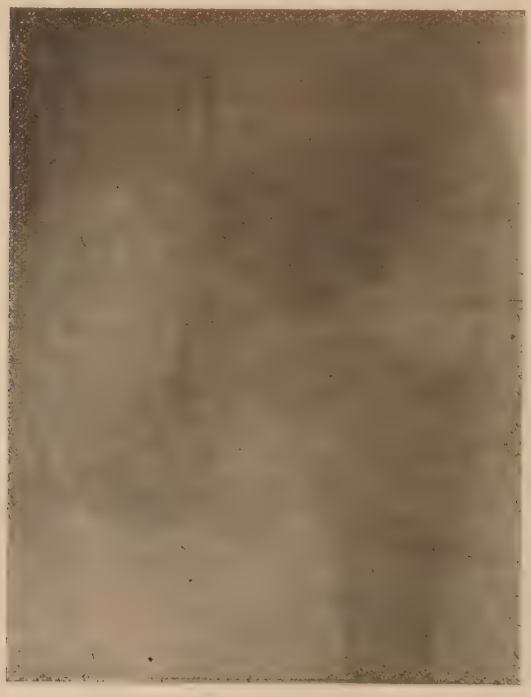
P..., Hélène est une petite fille de 10 ans, dont la mère est morte bacillaire après deux ans de maladie. Le père est bien por-

tant : elle a trois frères qui ont respectivement 11, 8 et 2 ans ; elle a eu une petite sœur morte à 11 mois.

Elle boite par intermittence depuis un an sans aggravation actuelle : l'appétit est satisfaisant, les nuits sont bonnes.

Au 10 juin 1911 on constate que la flexion de la jambe droite est difficile : elle est en abduction et en contracture musculaire :

Pas de raccourcissement.



Coxalgie datant de un an. Infection généralisée du cotyle et de la tête.

A la radiographie n° 9139, on aperçoit des tubercules disséminés dans le fond de la cavité cotyloïde, dans la tête et dans le col

on a l'impression qu'il s'est ramolli et tassé dans le fond de la cavité. Léger vara.

Donc coxalgie grave.

Radiographie prise cinq mois après la précédente.
Tête fémorale considérablement atrophiée. Lésions avancées du cotyle.
La jambe est ankylosée en flexion et abduction.

Quand la localisation tuberculeuse se porte sur la tête fémorale, elle perd son contour régulier, s'aplatit et s'atrophie petit à petit, ainsi que le montrent les observations XXXI, XXXII, XXXIII, XXXIV et XXXV.

OBSERVATION XXXI (inédite)

M. Froelich

J. B..., de Martimprey, nous est envoyé par le Dr Briffant C'est un petit garçon de 9 ans, sans antécédents tuberculeux.

L'enfant boite depuis 2 mois.

Il a été tout d'abord soigné par un rebouteux qui a pratiqué du massage.

Coxalgie datant de deux ans. Tubercules dans la tête fémorale.

Examiné en janvier 1911, la jambe est en légère flexion : il existe de gros ganglions dans le Scarpa.

Aucun mouvement dans la hanche complétement contracturée.

La marche n'est pas douloureuse.

Radio : tubercules dans la tête fémorale.

Traitement : appareil plâtré.

En juin 1911 : renouvellement du plâtre ; depuis l'enfant n'a pas été revu.

OBSERVATION XXXII (inédite)

D... René, âgé de 11 ans, est amené le 10 juin 1911 pour une coxalgie légère qui aurait débuté, il y a un mois à peine : le ma-

Coxalgie datant de un mois. Lésions tuberculeuses de la tête.

lade tire la jambe qui est douloureuse à la pression et aux mouvements.

Les parents sont bien portants, mais sur les onze enfants de la famille, cinq sont morts : un du croup et quatre de méningite tuberculeuse.

La cuti-réaction est nettement positive.

Radio 9116 : La tête est simplement aplatie, sans qu'on puisse distinguer de lésions tuberculeuses nettement localisées.

OBSERVATION XXXIII (inédite)

Armand M..., 12 ans, de Fléville-Lixières, près de Briey, est

Coxalgie datant de six semaines. Lésions tuberculeuses de la tête.

présenté à la consultation du 2 mai 1911, pour une boiterie à gauche qui dure depuis six semaines.

Il a de fortes douleurs qui l'empêchent de se tenir debout.

L'examen radiographique montre une tête fémorale atteinte dans son extrémité supérieure, qui est arrondie, à contours irréguliers comme cranelés.

Après cinq mois d'appareil, la marche est redevenue normale et sans douleur ; mais on replace cependant un nouvel appareil.

OBSERVATION XXXIV (inédite)

B... Maurice, de Cheminmois (Haute-Marne), âgé de 7 ans, est

Coxalgie datant de un an. Atrophie considérable de la tête.

soigné en 1910 pour une arthrite de la hanche. Après deux mois de repos, il était plus fort pour marcher; mais la boiterie était revenue.

Ses parents ont attendu six mois avant de le ramener.

Il se présente à l'hôpital le 1er mai 1911, atteint d'une légère boiterie, mais sans douleurs d'aucune sorte.

On constate, à la radiographie, une atrophie considérable de la tête, avec intégrité absolue du cotyle.

On pose un appareil plâtré pendant six mois.

OBSERVATION XXXV (inédite)

Coxalgie gauche. Atrophie considérable de la tête fémorale.

P... E... René, est amené le 17 février 1910 à la consultation pour boiterie du côté gauche. Il est âgé de 5 ans.

La jambe est en contraction et abduction.

L'affection remonte à quelques mois.

Radio 7610 : atrophie considérable de la tête et intégrité de la cavité cotyloïde.

Très souvent le cartilage de conjugaison de l'extrémité supérieure du fémur est pris, soit par son côté externe (Obs. XXXVI et XXXVII), avec propagation de l'infection vers le col et le grand trochanter (Obs. XXXVIII), ou à toute la cavité cotyloïde, comme dans le cas de Gabrielle R... (Obs. XXXIX), soit plus rarement par son côté interne (Obs. XL). Dans l'observation XLI (Jeanne B...), le cartilage a été atteint dans tout son trajet, éliminant pour ainsi dire la tête fémorale.

OBSERVATION XXXVI (inédite)

Le 26 avril 1910, nous avons eu à radiographier un jeune gar-

çon de 10 ans, André L..., sur lequel nous n'avons pu malheureusement retrouver de renseignements cliniques.

Lésions du cartilage de conjugaison à sa partie externe.

La radiographie montre une lésion bacillaire intéressante à l'extrémité externe du cartilage de conjugaison de la tête fémorale.

OBSERVATION XXXVII (inédite)

M. L. V..., de Bugney, âgée de 6 ans, fait le 18 septembre 1909 une chute : elle tombe tout simplement d'une chaise, son pied

s'étant pris dans les barreaux : le lendemain matin, elle boitait.

Après l'avoir frictionnée durant quelque temps, ses parents l'amènent à l'hôpital, où on constate à l'aide de la radiographie, une coxalgie à point de départ fémoral : l'extrémité externe du cartilage de conjugaison est en effet occupée par un tubercule.

Coxalgie datant de quelques mois. Lésions de la partie externe du cartilage de conjugaison.

Après un mois de repos au lit, on applique un appareil plâtré renouvelé trois fois en un an.

Actuellement, elle n'a plus de douleurs, boite légèrement, sans avoir jamais eu d'abcès.

OBSERVATION XXXVIII (inédite)

V... André, 9 ans.

L'enfant est un rachitique : les tibias sont recourbés en lames de sabre ; il a été opéré déjà de deux hernies, d'un phimosis.

Au mois de septembre 1910, en voulant se lever précipitamment d'une chaise, tombe et se fait une légère entorse.

Coxalgie datant de un mois. Lésions tuberculeuses du col et du cartilage à sa partie externe.

Il vient à la consultation un mois après, boitant fortement de la jambe droite.

La hanche est douloureuse.

Les mouvements sont très limités en particulier l'abduction.

L'examen radiographique révèle des lésions caractéristiques dans le cartilage de conjugaison : le col à sa partie externe est raréfiée, comme farci de tubercules, jusqu'au grand trochanter.

Spica plâtré.

OBSERVATION XXXIX (inédite)

R... Gabrielle, âgée de 5 ans, est présentée par ses parents à la clinique de chirurgie infantile, le 26 février 1910, pour une boi-

Coxalgie datant de sept mois. Lésions considérables de la tête et du fond de la cavité cotyloïde.

terie à droite datant du nouvel an dernier. Elle aurait fait ce jour là une chute, cependant pas très forte : depuis elle boite.

A l'examen clinique, on constate de l'atrophie de la cuisse, de la limitation des mouvements d'abduction.

Malgré une impotence fonctionnelle totale, il y a peu de douleurs.

La radiographie montre qu'il y a des lésions bacillaires dans le cartilage de conjugaison qui est flou, à contours très irréguliers.

Injection d'huile iodoformée.

Spica plâtré.

Elle rentre au service dans le courant du mois de mai, le plâtre ayant été enlevé depuis quelque temps à cause d'une plaie lombaire.

La hanche est très douloureuse.

Elle est contracturée en flexion et abduction.

Le pli de l'aine est le siège d'un empâtement considérable, mais il n'y a ni abcès, ni luxation.

Radio 7894 : la cavité cotyloïde est enfoncée ; le fond fait saillie dans le bassin, malgré la légère asymétrie de l'épreuve résultant de l'atrophie de la cuisse. La tête est tassée dans la cavité acétabulaire, comme faisant corps avec elle : elle est atrophiée.

OBSERVATION XL (inédite)

Henriette V..., de Nancy, âgée de 6 ans, accuse depuis novembre 1909 de légères douleurs au genou, douleurs qui furent étiquetées rhumatismales.

Actuellement, au 15 février 1910, la mobilisation de la hanche gauche est douloureuse, le membre inférieur est en adduction assez marquée.

Pas de flexion.

Coxalgie datant de quatre mois. Lésions du cartilage de conjugaison surtout à sa partie interne.

Radio 7606 : noyau tuberculeux à la partie interne du cartilage de conjugaison.

Plâtre en abduction.

OBSERVATION XLI (inédite)

B... Jeanne, âgée de 21 mois, entre au service de M. Frœlich, le 14 mai 1908, pour coxyte au début de la hanche gauche.

L'enfant boite depuis quelque temps, mais on ne constate pas de raccourcissement du membre qui est en bonne position, douloureux à la pression et à la marche.

Coxalgie au début. Atrophie de la tête et lésions du cartilage de conjugaison.

A la radiographie, on constate que la tête est atrophiée, le cartilage de conjugaison l'a découpée en coin.

Cependant, il arrive aussi que l'infection se généralise très vite : on ne distingue plus alors de noyaux tuberculeux, mais toute l'articulation se déminéralise avec rapidité, les travées osseuses se raréfient, la tête se tasse dans une cavité qui s'agrandit aux dépens de l'os

iliaque : les os sont beaucoup plus clairs que du côté sain.

Nous en donnons quelques cas dans les observations XLII, XLIII, XLIV, XLV, XLVI et XLVII.

OBSERVATION XLII (inédite)

Raymonde T..., de Bleurville, est âgée de 10 ans, elle a cinq

Coxalgie gauche datant de dix mois. Gros noyaux tuberculeux dans le col, nettement plus clair que du côté sain.

frères et sœurs bien portants. Ses parents sont eux aussi en bonne santé.

Aucune maladie antérieure.

Elle est atteinte de boiterie depuis le mois de mars 1911, sans chute préalable. L'enfant reste une huitaine de jours couchée à la suite de douleurs assez vives survenues progressivement dans la hanche gauche.

5 décembre 1911. — Actuellement la jambe gauche est en abduction et légère rotation externe.

Les douleurs ont disparu, mais la boiterie persiste, assez forte.

Aucune douleur à la marche, ni à la pression. Tous les mouvements de l'articulation sont possibles et n'éveillent aucune souffrance.

La cuisse gauche est un peu atrophiée : il n'existe pas d'empâtement.

A la radiographie, on constate une infiltration tuberculeuse diffuse de la tête et du col. La partie inférieure de la cavité cotyloïde est aussi plus transparente.

Cette gravité des lésions contraste singulièrement avec l'absence de tout symptôme alarmant. Mais le pronostic n'en est pas moins très réservé.

Traitement : appareil plâtré et traitement général.

OBSERVATION XLIII (inédite)

M. Frœlich

L... Marguerite de Thaon, nous est adressée par le D Houillon. C'est une fillette de 5 ans. Boite depuis un mois et ne peut plus marcher. Mère tuberculeuse pulmonaire a eu en outre un abcès froid : le père est bien portant.

4 janvier 1908. — Radiographie : tubercules dans la cavité cotyloïde.

Appareil de marche avec étrier.

L'enfant depuis ce moment vient tous les six mois pour changer l'appareil plâtré. La marche avec étrier est permise deux heures matin et soir.

4 avril 1909. — Je perçois un abcès situé au-dessus du ligament inguinal, abcès du volume d'un œuf.

Coxalgie datant de trois ans et demi.
Généralisation rapide de l'infection à toute l'articulation. Adhérences de guérison.

7 mai 1909. — L'abcès n'a pas diminué : il pousse un prolongement dans le triangle de Scarpa : ponction.

Dans les visites successives, l'abcès n'augmente plus et le 6 janvier 1910, il a disparu.

On continue le plâtre avec appareil de marche.

L'enfant est revue en novembre 1911.

La jambe est raccourcie de 2 centimètres : elle est en très légère flexion et adduction. Elle n'est plus douloureuse.

La radiographie montre que le processus inflammatoire s'est généralisé à toute l'articulation, la tête fémorale s'est résorbée ainsi que le toit de la cavité cotyloïde.

Des adhérences se sont déjà formées : la malade est en excellente voie de guérison.

Traitement. — Ablation du plâtre : marche à l'aide d'une béquille.

OBSERVATION XLIV (inédite)

M. Frœlich

A... C..., de L... en B..., âgé de 8 ans, nous est envoyé par le Dr Blaisin au mois de mars 1909. Boite depuis six semaines. Cepen-

Coxalgie datant de six semaines.
Jambe en forte rotation externe. Tubercules dans la tête et dans la cavité.

dant depuis trois mois, l'appétit a disparu et l'enfant a maigri. C'est un petit garçon pâle, maigre ; claudication à droite.

Ganglions dans l'aine.

L'abduction est très gênée.

Antécédents pulmonaires sérieux du côté paternel.

Radiographie. — Tubercules dans la tête et dans la cavité.

Mai 1909. — Changement de plâtre ; même état.

Septembre 1909. — Ablation du plâtre : un abcès se montre dans le triangle de Scarpa et un peu au dehors de lui : un plâtre avec attelles métalliques entre la ceinture pelvienne et le genou afin de pouvoir surveiller l'abcès.

Novembre 1909. — Nouvelle ponction donnant issue à 100 grammes de pus environ.

Février 1910. — L'abcès s'est fistulisé, 37°8 et 38. Le Docteur Blaisin fait des injections d'éther iodoformé tous les huit jours.

Mai 1910. — L'enfant est revu : la fistule persiste. Cependant la fièvre a disparu.

Depuis janvier 1911, l'amélioration de l'état général a continué.

OBSERVATION XLV (inédite)

Suzanne R..., agée de 9 ans, est envoyée par son médecin, de Toul, le 7 février 1907 pour coxalgie gauche datant de huit mois.

La jambe est en adduction et rotation externe. Les mouvements de l'articulation sont très limités et douloureux.

La cuisse est notablement atrophiée.

On constate la présence de nombreux ganglions inguinaux.

La radiographie montre des lésions tuberculeuses avancées de

la tête et du fond de la cavité cotyloïde qui sont fondues et transparentes.

Coxalgie de huit mois. Fonte de la tête et du fond de la cavité cotyloïde.

OBSERVATION XLVI (inédite)

Germaine F..., 5 ans, a été radiographiée le 10 février 1910 pour coxalgie droite.

Son histoire clinique nous est inconnue ; mais le cliché est intéressant en ce sens qu'il nous montre une infection tuberculeuse généralisée à toute l'articulation ; les os sont décalcifiés,

d'une transparence extrême ; la tête fémorale presque entière-

Coxalgie droite. Lésions avancées et généralisées à toute l'articulation.

ment disparue est tassée contre le toit de la cavité cotyloïde qui s'est effondré lui aussi.

OBSERVATION XLVII (inédite)

P... Eugénie, 22 ans, vient de Saint-Maurice le 16 janvier 1909 pour se faire examiner au point de vue d'une coxalgie qu'elle a depuis deux mois.

Le membre inférieur gauche n'a pas de position vicieuse.

Un léger raccourcissement.

Mais douleurs vives à la pression et à la marche.

On pratique l'examen de la région aux rayons X et on voit que la cavité cotyloïde s'est creusée et remonte profondément dans

Coxalgie datant de deux mois.
La cavité cotyloïde s'est creusée profondément. Un noyau tuberculeux au milieu du col.

l'os iliaque, comme enfoncé par la tête dont les contours semblent assez nets. Le col paraît épaissi et présente dans son milieu une grosse tache claire.

Enfin, nous citerons pour terminer l'observation d'une coxalgie à forme fongueuse dans laquelle la tête

fémorale est repoussée hors de l'acétabulum sans lésion osseuse bien caractérisée : c'est un cas peu ordinaire.

OBSERVATION XLVIII

Jeanne H..., fillette de 2 ans, se présente à la consultation le 10 juin 1911, pour coxalgie gauche : trois mois auparavant sa jambe avait été placée dans un appareil plâtré qu'elle a gardé deux mois.

Coxalgie datant de quatre mois. Masse fongueuse repoussant la tête hors de la cavité acétabulaire.

Actuellement l'état général est assez bon.

On constate de gros ganglions dans l'aine gauche.

La jambe est en légère adduction sans raccourcissement.

A la radiographie, on voit que la tête est repoussée hors de la cavité cotyloïde par une grosse masse fongueuse. Le cas est assez rare.

L'enfant est laissée sans plâtre.

Quel que soit le mode d'envahissement du bacille de Koch dans cette troisième forme de coxalgie, le pronostic très sombre doit être réservé. Les magnifiques résultats publiés par Callot ne doivent pas nous faire oublier que dans la moitié des cas environ, l'issue fatale est presque inévitable, malgré une thérapeutique sévère et scrupuleusement suivie durant des mois et des années. L'immobilisation prolongée dans un appareil plâtré n'arrête pas toujours les terribles ravages du fléau, pas plus que les injections modificatrices. Si l'hygiène, l'aération, la nourriture ont été défectueuses (d'où la fréquence dans les classes pauvres), si l'état général est mauvais (amaigrissement, pâleur, inappétence), un empâtement œdémateux diffus gonfle la hanche, les douleurs s'accentuent, la fièvre s'allume, la suppuration se produit, un abcès se forme. Et chacun sait le pronostic de ces collections fistulisées qui infectent petit à petit l'organisme malade et préparent l'échéance fatale à bref délai.

Si nous pratiquons l'examen radiographique à ces différents stades nous voyons que progressivement la tête se luxe en position iliaque; une fonte tuberculeuse rapide envahit la région, trop heureux si l'on peut obtenir encore la guérison par une ankylose complète

avec un raccourcissement parfois considérable et une attitude vicieuse incorrectible du membre.

On pourra suivre les diverses étapes de cette évolution par les observations suivantes :

OBSERVATION XLIX (inédite)
M. Froelich

René S..., 3 ans, de Gerbéviller, a eu un frère et une sœur morts de méningite en bas-âge : lui-même n'a pas eu de maladie, il a marché à 13 mois.

Coxalgie datant de quatre mois. Tête fémorale à cheval sur le bord du sourcil cotylordien.

Février 1911. — L'enfant serait tombé il y a cinq mois, mais ne boite que depuis trois mois et depuis quelques jours, il ne peut plus marcher du tout.

La racine de la cuisse est gonflée.

Quelques ganglions dans l'aine.

L'adduction est très prononcée.

Une radiographie indique une sub-luxation de la tête et des lésions dans la cavité.

Repos au lit avec tractions continues.

Juillet 1911. — La cuisse est moins grosse, pas d'abcès : la position de la jambe est légèrement rectifiée. La sub-luxation cependant persiste.

Etat général satisfaisant.

Plâtre sans redressement. Défense de marcher : l'enfant doit revenir dans six mois.

OBSERVATION L

Paul B..., âgé de cinq ans, est amené le 23 février 1911, à la clinique de M. le professeur Frœlich pour une coxalgie de la jambe gauche datant de deux ans. Depuis le début de sa maladie, il a porté un appareil plâtré.

Actuellement, l'enfant n'a plus aucune douleur quand on presse la tête fémorale contre le bassin, mais il présente un abcès sur la face externe de la cuisse gauche.

On ponctionne cette collection le 28 février et on replace un nouveau plâtre.

La radiographie (n° 7594), nous montre une tête fémorale à cheval sur le sourcil cotyloïdien, au premier temps d'une luxation pathologique.

Coxalgie datant de deux ans. Premier temps de la luxation pathologique de la hanche coxalgique.

OBSERVATION LI

A. P.... est un jeune garçon de 7 ans, originaire de Clauré-le-Palton, par Saint-Amé. Il est atteint depuis l'année 1907 d'une coxalgie gauche à forme grave.

Dès le début de sa maladie, on lui avait mis un appareil plâtré, mais il ne put le supporter, l'enleva sans le remplacer.

Le 22 août 1911, jour où il a été soumis à l'examen radiographique, on constate que sa jambe gauche est en flexion et adduc-

tion : de nombreuses fistules s'ouvrent à la cuisse dans lesquelles on fait des injections d'huile iodoformée.

Coxalgie datant de quatre ans. La tête fémorale est luxée dans la fosse iliaque.

Sur le cliché, on constate une certaine atrophie de la tête fémorale, luxée dans la fosse iliaque par suite de la disparition du toit de la cavité cotyloïde ; quelques adhérences semblent en voie de formation.

OBSERVATION LII

H... Zélie, est une petite fille de 10 ans, atteinte de coxalgie depuis six ans. Après trois années d'appareil plâtré, un abcès froid se forme qu'on ponctionne et qui se fistulise. La jambe se

luxe : on la redresse dans un appareil plâtré muni d'une fenêtre pour faciliter les pansements.

Actuellement, 13 juin 1911, on constate que le genou est en flexion ; la marche est douloureuse ainsi que la pression exercée sur la hanche qui est en luxation iliaque : une fistule s'ouvre à la partie postérieure de la cuisse.

Coxalgie datant de six ans. Luxation iliaque de la tête fémorale avec fortes adhérences.

On voit, à l'examen aux rayons X que la cavité cotyloïde est fondue : la tête fémorale disparue elle aussi y est réunie par des tractus fibreux assez épais ; la luxation n'est pas très considérable. Nous sommes donc en présence d'un cas d'ankylose, donc de guérison prochaine.

CHAPITRE V

4e COXALGIE A FORME HYPERTROPHIQUE

Il est enfin une dernière variété, peu fréquente, de coxalgie que nous appellerons coxalgie à forme hypertrophique. Nové-Josserand la signalait déjà en 1902, dans la Revue mensuelle des maladies de l'enfance, sous le nom de variété particulière d'une ostéo-arthrite de la hanche.

Au cours de la même année, M. le professeur Frœlich en faisait une étude très intéressante dans la Revue médicale de l'Est sous le nom de coxite hypérostosante.

Enfin M. Calvé en 1911, en donnait une bonne description dans la Revue de Chirurgie.

La seule manifestation de cette affection qui amène le malade à la consultation est une claudication plus ou moins accentuée : la douleur n'existe pas ou peu : à la

palpation on ne constate pas d'engorgement ganglionnaire : quelquefois la tête fémorale fait saillie dans le triangle de Scarpa : les mouvements d'abduction sont limités, mais tous ces symptômes sont très atténués.

A la radiographie, on constate des lésions toujours identiques : Hyperostose variable du fond de la cavité cotyloïde, épaississement de la tête fémorale et tendance à l'affaissement du col fémoral en coxa-vara.

Il semblerait à première vue que ces lésions anatomiques soient plutôt de nature ostéo-myélitique (ainsi que des examens bactériologiques l'avaient montré tout d'abord). Mais certaines observations ont révélé que ces mêmes malades atteints de coxite hyperostosante présentèrent d'autres lésions bacillaires telles que spina ventosa tuberculeux ou bacillose pulmonaire.

D'autre part, ne pourrait-on rapprocher ces déformations de certaines ostéomalacies locales, si fréquentes au tibia, au fémur, par exemple, dans les tumeurs blanches du genou, de la hanche, et qui ne dépendraient, d'après Poncet et Leriche, ni de l'appauvrissement général de la nutrition, ni de l'immobilisation, mais bien de l'infection tuberculeuse, simple manifestation locale d'une bacillose latente et reconnue, voisine ou distante ?

Quoi qu'il en soit, la coxalgie hypertrophique est une affection assez bénigne et la guérison est de règle. Sa durée varie de quelques mois à quelques années, ne laissant après elle qu'une légère difformité du col fémoral occasionnant un peu de boiterie quand le traitement n'a pas été régulièrement suivi.

Si l'on a pris soin de soustraire le col fémoral à l'ac-

tion de la pesanteur pendant toute la durée de l'évolution de la maladie : il ne reste même en général aucune difformité appréciable.

OBSERVATION LIII

(M. Frœlich)

Madeleine P..., de Mirecourt, âgée de 11 ans, nous est adressée le 29 octobre 1909 par le Dr Canel. L'enfant boite depuis l'âge de

3 ans de la jambe gauche. La claudication est peu prononcée et nullement douloureuse. Les parents espéraient que la claudication

disparaîtrait avec l'âge : comme il n'en est rien, ils se décident à consulter.

Les parents sont bien portants, un frère a eu une adénite cervicale.

Examen : Fillette d'aspect sain, plutôt grasse. Elle boite d'une façon sensible. La jambe gauche est plus maigre que la jambe droite : il existe quelques ganglions inguinaux, mais on en trouve autant à droite.

La jambe est en légère flexion et abduction : tous les mouvements sont libres, sauf l'extension et l'adduction qui sont limitées : pas de douleurs à la pression.

A la radiographie, nous constatons que la tête fémorale est fortement hypertrophiée.

Elle est épaissie, comme tassée.

Le col est plus court, légèrement redressé, la cavité est aussi hyperostosée, surtout le toit qui surplombe le plus fortement la tête fémorale.

Traitement général : Pas de traitement local, à cause du peu de symptômes fonctionnels.

OBSERVATION LIV

(M. Frœlich)

Paul B..., de Lunéville, âgé de 9 ans, sans antécédents spéciaux ; depuis quatre ans légère claudication, de temps à autre un peu de douleur et de fatigue dans la hanche droite.

Il y a un an, chute sur le côté droit, la douleur de la hanche devient plus forte : le médecin pense à une coxalgie et fit garder le repos au lit pendant un mois.

Les douleurs disparurent, mais la boiterie persista plus forte qu'avant la chute. C'est alors, en juillet 1902, que le docteur Job, nous adressa le malade.

Enfant de tempérament moyen, claudication accentuée à droite ;

les mouvements sont normaux et nullement douloureux. L'abduction de la hanche droite est diminuée et douloureuse lorsqu'on insiste. Le trochanter droit dépasse la ligne de Nélaton de 3 centimètres.

Raccourcissement de la jambe de 3 centimètres 1/2, diminution de la cuisse de un centimètre.

A la palpation, on sent dans le triangle de Scarpa, en dehors des vaisseaux, une résistance non douloureuse.

A la radiographie, on constate une hypertrophie notable de toute la portion du bassin qui forme la cavité cotyloïde, un épaississement de la tête fémorale et une inflexion du col en coxa-vara.

Une ponction faite dans l'articulation amena un liquide dans lequel l'examen décela du staphylocoque blanc.

Le traitement institué fut l'extension en abduction pendant la nuit, et le port, pendant le jour d'un appareil en cuir moulé en abduction.

Septembre 1902. L'état s'est amélioré : la claudication est moindre.

Mai 1903. Il persiste toujours un peu de claudication, mais la marche est facile et nullement douloureuse.

OBSERVATION LV

(M. Froelich)

S. W..., de Morange, est âgée de 8 ans, aurait toujours été une enfant chétive. Depuis deux ans, la fillette boite légèrement.

Etat actuel, mars 1901, fillette petite, tête un peu volumineuse, intelligence très vive.

Debout, elle penche légèrement sur le côté gauche, pendant la marche, légère claudication. Raccourcissement de la jambe gauche malade de un centimètre ; diminution de la circonférence de la

cuisse gauche de 2 centimètres, jamais de douleurs à la marche, quelquefois un peu de raideur.

Tous les mouvements sont possibles et faciles.

L'abduction est diminuée ainsi que la rotation interne ; elles sont un peu douloureuses quand on exagère.

La radiographie faite par M. Guilloz nous montre du côté gauche la tête et le col épaissis, la cavité cotyloïde présente un épaississement osseux considérable, col légèrement affaissé. Nous pensons à ce moment-là être en présence d'une lésion ostéomyélitique larvée.

En septembre 1902, la boiterie avait en effet complètement disparu à la suite du port d'un appareil immobilisant la hanche, en cuir moulé.

Mais en 1905, nous revoyons la fillette qui est atteinte d'un spina ventosa du premier métatarsien gauche, de sorte que le diagnostic reste dans le doute.

OBSERVATION LVI

Jean C..., de Baccarat, âgé de 9 ans ; le père et la mère sont bien portants, un frère en bonne santé. Le jeune malade quoique petit mangeur s'est toujours bien porté.

Depuis trois mois, claudication de la hanche droite, quelques douleurs dans le genou. Un mois de repos n'ayant donné aucun résultat, le Dr Schmitt nous l'envoie le 7 mars 1909.

Examen : Enfant maigre, il traîne la jambe droite en marchant ; la circonférence de la cuisse droite est diminuée de 1 centimètre, quelques ganglions dans l'aine.

Les mouvements sont libres, sauf l'abduction qui est entravée et douloureuse quand on insiste.

Pas de douleurs à la pression.

A la radiographie, on constate que le col fémoral est redressé,

qu'il est plus épais que le col sain. La cavité cotyloïde est aussi augmentée de volume.

Elle entoure plus largement la tête fémorale.

Traitement : Repos et médication phosphatée et iodurée. En juin 1909, même état.

La marche est permise pendant quelques heures tous les jours. En mai 1910, à la radiographie l'aspect est le même. Mais la claudication a complètement disparu et les mouvements sont libres comme le constate également le Dr Haillon, de Paris, qui voit l'enfant à ce moment.

OBSERVATION LVII

Félix G .., 12 ans, est né à Buénos-Ayres, de parents français.

Il y a deux ans, il a été atteint en Amérique, d'une lésion de la hanche droite, consistant en douleurs, léger gonflement et boiterie.

Il fut alité pendant quatre semaines ; les douleurs ayant disparu l'enfant commença à marcher ; mais la boiterie persista.

Les parents sont revenus à Nancy depuis cinq mois, lorsqu'ils me l'amenèrent le 19 juillet 1909.

C'est un petit garçon pâle et maigre, cheveux vénitiens ; il mange peu, boiterie assez accentuée, la jambe gauche est en flexion et adduction.

Tous les mouvements provoqués sont libres, sauf l'extension et l'abduction arrêtées par la rétraction des adducteurs.

Le grand trochanter est saillant et dépasse de 1 centimètre et demi la ligne de Nélaton. Le palper indique que la hanche est sèche, nullement douloureuse.

La jambe est raccourcie de 2 centimètres et diminuée dans sa circonférence au niveau de la cuisse également de 2 centimètres.

L'enfant marche toute la journée sans fatigue, mais en boitant.

Une radiographie montre que la cavité cotyloïde est agrandie par en haut, que la tête fémorale est légèrement sub-luxée, que les portions du bassin qui forment la cavité sont hyperostosées, d'une part au niveau de la portion inférieure, déshabitée par la tête fémorale et d'autre part dans sa portion supérieure, celle qui entoure encore la tête fémorale.

La tête fémorale est également hypertrophiée, elle semble composée de parties normales et de parties osseuses plus condensées : pas d'affaissement du col.

La boiterie semble due à l'adduction. Aussi le 22 juillet 1909, chloroforme, section sous-cutanée des adducteurs et redressement. Le plâtre est gardé jusqu'au 20 septembre, puis est remplacé par un appareil en cuir moulé qui maintient l'adduction et qui est articulé à la hanche

Massage des muscles de la cuisse.

La marche est beaucoup améliorée.

1er septembre 1910. — L'adduction s'est partiellement reproduite, l'appareil n'ayant pas été porté d'une façon continue. L'enfant a depuis quelques semaines des hématèmes.

Néanmoins, la marche reste améliorée.

OBSERVATION LVIII

(M. Frœlich)

Variété hypertrophiante ayant évolué en variété franchement tuberculeuse.

Coxalgie datant de six ans chez un enfant de 12 ans, Ch. D..., porteur d'un spina ventosa à une phalange, vu par M. le professeur Frœlich, en 1901.

L'affection diagnostiquée de prime abord trochantérite fut reconnue lors d'un premier examen radiographique être une coxa-vara, variété trochantérienne.

Coxalgie hypertrophiante ayant évolue franchement en coxalgie grave.

Puis le grand trochanter s'hypertrophia considérablement ainsi que le col et la tête : M. Frœlich pensa alors être en présence d'une coxalgie à forme hypertrophiante et il se proposait de pratiquer l'ostéotomie sous-trochantérienne quand la radiographie révéla l'existence de lésions tuberculeuses considérables dans toute l'articulation.

L'intervention fut alors abandonnée et le membre fut immobilisé dans un appareil plâtré.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Deux faits capitaux dominent l'évolution des manifestations tuberculeuses osseuses ou articulaires, dit le professeur Albert Robin :

Le premier, c'est que les échanges respiratoires n'y sont augmentés que fort rarement quand les poumons eux-mêmes ne sont pas touchés par la maladie.

Le second fait, c'est que la déminéralisation se rencontre dans la grande majorité de ces localisations extra-pulmonaires de la tuberculose.

Cette déminéralisation a pour cause, soit certains troubles stomacaux ayant pour conséquence la formation d'acides en excès pendant le travail de la digestion (acides qui ne peuvent s'éliminer hors de l'organisme, qu'en se combinant avec des bases minérales qu'ils soustrayent aux tissus), soit la tuberculinisation elle-même puisqu'on l'observe, quoique à un moindre degré chez

les individus dont les fonctions digestives n'ont subi aucune atteinte.

Quelle que soit son origine, elle doit être directement traitée, car elle amoindrit les réactions de la défense organique, comme l'ont nettement démontré de nombreuses expérimentations.

D'où découlent deux grandes indications : activer chez les tuberbuleux osseux et articulaires, la nutrition défaillante et les reminéraliser.

Et l'agent le plus actif de reminéralisation organique qui marche toujours de pair avec l'amélioration du métabolisme vital est certainement la cure du climat marin telle qu'elle est pratiquée à Berck ou sur le littoral méditerranéen, ainsi que l'a surabondamment montré le docteur Nevillet de Cannes dans un mémoire récemment présenté à l'Académie de Médecine par le professeur Debove. Par le caractère de l'air lui-même, très dense, donc très riche en oxygène et pauvre en microorganisme, par la présence de courants atmosphériques dont le rôle épurateur et l'influence activante qu'ils exercent sur les oxydations organiques sont bien connus de tous, — par la luminosité du climat marin et la puissance de la radiation solaire — par la composition enfin de cet air marin qui contient du chlorure de sodium (2 milligr. 5 à 15 milligr. à 20 mètres du rivage, Duphil), de l'iode (12 fois plus que dans l'air des terres), de l'ozone (3 fois plus que dans l'air parisien), de la silice (dont la présence a été constatée dans des recherches faites à Berck-sur-Mer), cette cure est la médication de choix de la coxalgie à quelque variété qu'elle appartienne.

Mais il est des actions thérapeutiques superposables à l'influence climatique et capable de la compléter : et c'est à elles seules malheureusement que nous aurons le plus souvent recours dans nos régions de l'Est trop éloignées de tout littoral.

La fixation des matières minérales étant corrélative d'une bonne évolution des matières ternaires et d'un bon fonctionnement du foie, il faudra assurer ces deux actes de la vie organique, en augmentant la proportion des ternaires dans l'alimentation (féculents, beurre, huile de foie de morue, sucres, etc.,) assurer leur digestion et régulariser l'activité du foie qui les tranforme et les rend assimilables. Concurremment, on administrera des matières minérales ; mais pour faciliter leur fixation par les tissus, il vaut mieux les donner sous la forme alimentaire que sous la forme médicamenteuse et dans ce sens on recommandera les aliments les plus richement minéralisés, les œufs, le lait, les haricots, les pommes, les fèves qui contiennent à peu près tous les sels désirables ; les cervelles, les choux de Bruxelles, riches en magnésie ; les fromages, les amandes, en phosphore : les fraises, les asperges, en chaux ; les épinards, le riz, en fer ; le homard, les ananas, en iode, etc... ; les œufs nous donneront sous une forme aimable la lécithine tant vantée, le foie de veau, de notables quantités de graisses phosphorées, les poissons maigres, beaucoup de phosphates, etc..., et à ce propos, les conférences avec la cuisinière, dont parle M. Faisans, sont une excellente chose : le « de minimis non curat prœtor », n'est plus de mise en cette question, car c'est là le meilleur moyen de médicamenter

un organisme débilité, sans le gorger de drogues, tout en évitant de tomber dans l'écueil de la suralimentation à outrance dont on a pu dire qu'elle était surtout une surintoxication. L'estomac, en effet, est la place forte de l'organisme, surtout chez un tuberculeux généralement dyspeptique : il faut la ménager précieusement : l'important n'est pas ce qu'un bacillaire ingère, mais ce qu'il digère.

Et chacun sait particulièrement qu'un aliment, fut-il le plus assimilable, quand il est pris à contre-cœur, fatigue l'estomac qui se rebelle et ne le digère pas. L'une des grandes règles, donc, qui nous guidera dans la prescription d'un régime à un coxalgique sera de flatter son appétit, tout en ayant la fermeté de rejeter sévèrement les aliments qui pourraient lui être nuisibles.

Enfin, il est des agents médicamenteux qui exercent une action d'épargne sur la minéralisation de nos tissus et au premier rang d'entre eux figurent les arsenicaux, arséniate de soude, cacodylate, etc., qui nous seront d'un précieux adjuvant dans la reminéralisation de l'organisme intoxiqué par le bacille de Koch, au même titre que la médication phosphatée et iodurée.

A côté de ce traitement médical applicable dans tous les cas de coxalgie selon les besoins de la cause, se place le traitement chirurgical propre à chaque variété.

Dans la coxalgie à forme fugace, c'est le repos complet jusqu'à ce que les douleurs disparaissent, sans exagérer cependant le séjour au lit prolongé qui anémie le malade. Puis, si les circonstances l'exigent, c'est la pose d'un appareil plâtré ou silicaté.

La carie sèche de la hanche avec sub-luxation de la tête fémorale se trouvera bien d'une traction continue qui calme la douleur et lutte contre le raccourcissement du membre. Un appareil plâtré bien compris, prenant son point d'appui sur les crêtes iliaques et muni d'un étrier de façon à supprimer toute fatigue fonctionnelle du membre succédera à la traction, de préférence aux appareils en cuir moulé ou autres qui ne réalisent en général qu'une mauvaise contention. On remédiera ensuite à la flexion exagérée de la cuisse et à l'adduction forcée qui peuvent se produirent par la section des adducteurs ou l'ostéotomie sous-trochantérienne et le redressement du membre sous chloroforme.

Dans la première période de début des coxalgies graves à noyaux tuberculeux isolés ou généralisés, deux méthodes de traitement sont en présence : la première, mise en honneur par Callot, de Berck, est celle des injections précoces d'huile et éther iodoformés, créosotés et gaïacolés qui a donné, semble-t-il, d'excellents résultats dans les mains de son innovateur. Tour à tour recommandée il y a plus de vingt ans, puis délaissée, puis reprise, elle ne semble pas indiquée pour cette articulation trop profonde et anfractueuse. Et on lui préfère à juste raison la traction continue, mais surveillée avec soin, l'enfant devant être placé sur un cadre pour être sorti chaque jour au grand air afin d'entretenir ses poumons et le bon appétit, — ou encore l'immobilisation dans un appareil plâtré avec lequel l'enfant est plus facile à manier.

Nous devons signaler ici un nouveau mode opératoire pour le moins original, dû à M. Biondi, de Sienne :

dans une coxalgie à forme grave, il luxe lui-même la tête fémorale hors de la cavité, prétendant aussi accélérer la guérison en sacrifiant à l'intégrité du membre. Il est reconnu en effet que s'il est vrai qu'une coxalgie non traitée offre des lésions anatomiques plus considérables, il n'en existe pas moins que la guérison survient beaucoup plus rapidement que si elle avait été traitée régulièrement par l'immobilisation classique, absolument comme dans un mal de Pott, plus tôt le sujet se courbera et deviendra bossu, plus tôt il sera guéri.

Naturellement, la difformité sera plus accusée, mais la maladie verra sa durée écourtée de beaucoup : les vertèbres saines, se rejoignant et, par un processus d'irritation congestive due au tassement, se soudant entre elles et éliminant la vertèbre cariée. De même dans une coxalgie grave, laissée à elle-même, la tête fémorale tassée continuellement dans le fond de la cavité acétabulaire provoquerait une réaction irritative aboutissant à une soudure des deux surfaces articulaires en contact circonscrivant la lésion osseuse ; si la hanche se luxe, le même phénomène de tassement, de compression se produit par la capsule articulaire distendue et renforcée par les muscles péri-articulaires en contraction.

A la suite de remarques de ce genre, notre maître, le professeur Frœlich, sans adopter en entier la méthode de Biondi, a obtenu des résultats très encourageants en supprimant l'étrier de l'appareil plâtré : et tel coxalgique, porteur d'un appareil plâtré complet, scrupuleusement contenteur, chez lequel on ne notait aucune amélioration, malgré un traitement prolongé, a vu son état s'améliorer considérablement jusqu'à la guérison

après qu'on eût enlevé l'étrier qui déchargeait l'articulation.

La maladie ayant continué son évolution, un abcès froid se forme : actuellement on a tendance à respecter ces abcès ; mais quand la tension augmente dans la collection purulente, quand il menace de fuser dans les gaines musculaires, le plus souvent des adducteurs, il faut alors avoir recours à la ponction, en apparence moins énergique que l'incision, mais cependant beaucoup plus efficace et moins dangereuse.

Si la première ponction ramène tout ou partie du contenu de l'abcès, et on le reconnaîtra à ce que le pus coule facilement, il faut s'en tenir à la ponction simple mais, si le pus se reforme en abondance, il est bon de pousser dans la poche vidée de pus, une injection modificatrice et à ce sujet, différents agents médicamenteux ont été expérimentés : ce sont entre autres, l'iodoforme en solution dans l'éther ou en suspension dans l'huile, seul ou associé au gaïacol et à la créosote — le naphtol camphré que sa toxicité a fait rejeter — ; le thymol camphré, moins toxique que le précédent, bien que d'un maniement aussi dangereux.

Pour certains auteurs, le thymol camphré est formellement indiqué quand le trocart s'enfonce dans une masse fongueuse et que rien ne s'écoule : mais souvent la peau se sphacèle et des phénomènes graves d'intoxication se produisent. Nous avons toujours vu opérer uniformément à la clinique de chirurgie infantile de Nancy avec l'huile iodoformée, moins active peut-être mais à coup sûr moins douloureuse et moins dange-

reuse que l'éther iodoformé et nous ne pouvons qu'applaudir aux résultats obtenus.

Quand l'abcès se fistulise, on peut employer aussi avec quelques chances de succès, la pâte de Beck au carbonate ou sous nitrate de bismuth. Cette méthode toute nouvelle puisque datant à peine de 1908, a donné déjà d'excellents résultats, étant donné surtout le pronostic très sévère des cavités tuberculeuses fistulisées : mais quelques cas d'intoxication bismuthée ont été constatés et c'est là le gros point noir de ce mode opératoire.

Quant au traitement de la dernière forme de coxalgie, la coxalgie hyperostosante, il se résume dans le port d'un appareil plâtré avec étrier ; la seule indication est en effet d'éviter le raccourcissement du membre par affaissement du col et formation d'une coxa-vara secondaire.

Avant de terminer ce chapitre, nous dirons encore quelques mots rapides sur les nouvelles méthodes de traitement de la tuberculose par la sérothéraphie et la tuberculinothérapie.

Nombreux sont les sérums qui ont été expérimentés ces dernières années : le sérum de Maragliano dont l'effet est très discuté. Sérum de MM. Lannelongue, Achard et Gaillard, sérum d'Arloing qui donne une amélioration générale, mais n'a pas d'action sur l'état local, sérum de Jousset, qui ne réussit que dans les formes graves. Les plus actifs seraient encore les sérums de Marmoreck et celui de Vallée dont l'action anaphylactique serait détruite par une double chauffe de 50°. On les emploie de préférence en lavements de

5, 10, 15 centimètres cubes tous les deux jours après évacuation préalable de l'intestin par un lavement d'eau bouillie. Ils agissent surtout dans les formes aiguës, à forte température, donnant une amélioration chez un tiers ou un quart des malades : ces résultats concordent avec ceux obtenus par le docteur Grandgérard dans le service de M. le professeur Frœlich.

La tuberculinothérapie ou médication par les tuberculines est un procédé d'immunisation active contre les produits du bacille de Koch. On désigne sous le nom générique de tuberculines, un ensemble de produits constitués par des cultures du bacille de Koch, filtrées après avoir été plus ou moins concentrées à froid, ou à chaud, additionnées ou non d'extrait des corps bacillaires ; précipitées ou non par des substances diverses. Cette définition indique le nombre considérable des tuberculines : les principales sont celles de Koch, de Denys, de Lorrain, de Jacob, de Beraneck, de Care Splenger, de Calmette, de l'Institut Pasteur, de Klebs, de Maréchal, etc.

Elles s'appliquent principalement aux tuberculoses torpides et apyrétiques. Leur mode d'administration est l'injection intra-dermique ou intra-musculaire : la dose initiale doit être déterminée par un examen attentif du malade et elle varie avec chaque cas particulier : elle est dans la pratique courante de 1 1000e à 1 250e de milligramme. Quand apparaît une réaction suffisante au niveau de la piqûre, habituellement un peu de rougeur, on commence le traitement en injectant tous les douze jours des doses croissantes comme suit : 1, 2, 5, 8, 10,

20, 50, 80, 100, etc., sans qu'on dépasse jamais 2 000 fois la dose initiale.

Nous avons eu recours plusieurs fois à la tuberculine de Calmette en scarifications comme moyen de diagnostic très intéressant et très sûr, bien que l'on se soit aperçu que les syphilitiques réagissaient eux aussi à la tuberculine. Nous avions aussi eu l'occasion de commencer le traitement par la tuberculine, notamment pour une malade du service de M. le professeur Spillmann : malheureusement les circonstances ne nous ont pas permis de continuer cette expérimentation qui demande à être suivie très longtemps.

En résumé, parmi les agents thérapeutiques d'origine spécifique, les diverses tuberculines paraissent constituer la médication la plus active dont nous disposons contre la tuberculose, mais cette médication doit être très prudemment administrée, sévèrement surveillée et réservée aux malades qui ne peuvent être soumis à la médication hygiéno-diététique ou qui n'ont pas été améliorés par cette méthode dont elle n'est qu'un adjuvant.

CONCLUSIONS

La radiographie permet dans un grand nombre de cas de reconnaître une coxalgie dès le début, et souvent la variété anatomique à laquelle elle appartient, permettant ainsi d'en instituer sans retard, le traitement selon que l'on se trouve en présence, soit :

1° D'une *coxalgie fruste ou fugace,* sans lésions anatomiques qui guérira, et cela par le repos simple ;

2° D'une *carie sèche de la hanche,* caractérisée par l'effritement du toit de la cavité cotyloïde, sans altération de la tête fémorale, maladie à évolution assez lente, dont on peut affirmer la guérison, mais très probablement avec raccourcissement du membre et luxation iliaque ;

3° D'une *coxalgie véritable à noyaux tuberculeux* isolés dans le cartilage de conjugaison, le cotyle ou la tête fémorale, — ou disséminés dans toute l'articulation. Forme grave à surveiller : instituer le repos

— la contention dans un appareil plâtré — le traitement des abcès froids suivant les cas.

1° Ou enfin d'une *coxalgie hypertrophiante*, dans laquelle on constate une hyperostose variable du fond de la cavité cotyloïde, un épaississement de la tête fémorale et une tendance à l'affaissement du col. Dans lequel cas, on se contentera d'appliquer un appareil plâtré pour décharger la hanche du poids du corps.

Vu :
Nancy, le 22 Décembre 1911.
Le Président de Thèse,
WEISS.

Vu :
Nancy, le 22 Décembre 1911.
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 23 Décembre 1911.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aronovitch Sabine. — La coxalgie double et son traitement. Thèse Paris, 1909.

Bilhaut. — Quelques notes sur le traitement de la coxalgie. *Ann. de Chirurg. et Orthop.* Paris, 1910.

Broca. — Le diagnostic de la coxalgie au début. *Pédiatrie pratique.* Lille, 1911.

— Les ostéo-arthrites tuberculeuses sont toujours précédées de typho-bacillose. *Revue de la Tuberculose*, février 1911.

Bouquet. — La cuisine du tuberculeux. *Monde médical,* 1910.

Callot. — La coxalgie. Congrès de Chirurgie, 1910.

Bizolier Robert. — Diagnostic de la coxalgie au début par la radiographie. Thèse Bordeaux, 1909.

Calvé. — Traitement des abcès froids tuberculeux d'origine osseuse par la méthode conservatrice. *La clinique* 5-8-10.

Coudray. — Traitement opératoire et traitement conservateur de la coxalgie infantile. *Gaz. médic.* Paris, 1910.

Dalayrac. — Examen clinique de la coxalgie au début. Thèse Paris, 1910.

Doche. — L'abcès dans la coxalgie. *Notes de méd. pratiq.* n° 168.

Durantet. — Carie sèche de la hanche. (Thèse Lyon, 1910).

Fallot. — Tuberculine dans la thérapeutique de la tuberculose. Thèse Paris, 1911.

Fouchou-Lapeyrade. — Contribution à l'étude de la coxalgie par la radiographie. Thèse Paris, 1906.

Fournestraux (de). — Traitement des fistules et cavités tuberculeuses par l'injection de la pâte bismuthée.

Froelich. — Variétés anatomiques de la coxalgie (23e Congrès de Chirurgie 1910).

— Multiple Gelenck contracturen, künstliche Pseudarthoschildung an der einen Hüfte. Dritter Congress der deut. gesell. fur orthopädische chirurgie.

Kirmisson. — D'une forme fruste ou anormale de la coxalgie. *Bull. acad. médic.*, 18-7-10.

Lissoride Camille. — Traitement des fistules par l'injection de pâte de Beck. Thèse Paris, 1910.

Latour. — Contribution à l'étude du traitement de la coxalgie par les injections intra-articulaires précoces.

Marmoreck. — Le sérum anti-tuberculeux, ses effets son application. 11e Congrès français méd. Paris, 1910.

Mauclaire. — Symptômes, diagnostic et traitement de la coxo-tuberculose. *Ét. méd.*, mai 1911.

Mesnard. — La kinésithérapie dans les suites de la coxalgie. *Pratique méd. chirurg.*

Ménard Maxime. — Clinique et radiographie. *Revue d'orthopédie*, 1906.

— La radiologie. Physiciens et médecins. Paris, 1907.

Nevillet. — Traitement des tuberculoses infantiles sur le littoral méditerranéen. Analysé par M. le prof. Debove à l'Académie de médecine, 11 octobre 1911.

Poncet-Leriche. — L'ostéomalacie serait d'origine tuberculeuse. *Bulletin Académ. méd.* 9-1-11.

Robin A. — Le climat marin dans le traitement de la tuberculose. *Monde méd.* n° 401.

Robin. — Contribution à l'étude du traitement de la coxalgie. Thèse Paris, 1909-1910.

Savoire. — Sérothérapie et tuberculinothérapie contre la tuberculose. Société du XI^e^ arrond. Paris, 1910.

Sarrazin. — Contribution à l'étude de la coxa-vara. Thèse Paris, 1909.

Sourdat. — Etude radioliogique de la hanche coxalgique, en particulier chez l'enfant. Thèse Paris, 1909.

Waldenstroem H. — Der obere tuberkulose Collumbad. *Z. für orthopædische Chirurgie.* Band XXIV. Anno 1909.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 5

CHAPITRE I. — Historique 7

CHAPITRE II. — Coxalgies à forme fruste ou fugace 11

CHAPITRE III. — Coxalgies à forme sèche 25

CHAPITRE IV. — Coxalgies à forme grave 51

CHAPITRE V. — Coxalgies à forme hypertrophique 89

CHAPITRE VI. — Traitement 99

CONCLUSIONS 109

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 111

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER, 4, QUAI CHOISEUL, NANCY